



FORMULARIO DE QUEJA DE PRIVACIDAD/SEGURIDAD

PO Box 1288

Madera, CA 93639-1288

559-673-3508

TTY: (800) 855-3000

Relevo de California marque 711

Vox a voz: 866-288-4151

www.madera-county.com

SERVICIOS PSIQUIÁTRICOS DE EMERGENCIA

LÍNEAS DE 24 HORAS

559-673-3508 o Línea Gratuita 888-275-9779

Servicios de Salud de Comportamiento Condado de Madera



Por favor pregunte a la recepcionista sobre su **derecho** a servicios gratuitos de **asistencia en su idioma** y formatos alternativos de este panfleto. Si tiene **limitaciones físicas**, le ayudaremos a encontrar servicios disponibles, apropiados y accesibles.

Departamento de Servicios de Salud de Comportamiento

Formulario de Queja de Privacidad/Seguridad

- “ Cualquier persona puede presentar una queja en relación a una sospecha o certeza de violación de privacidad al Departamento de Servicios de Salud de Comportamiento.
- “ Sin la información solicitada en la porción de abajo es posible que el Oficial de Privacidad no pueda proceder con su queja.
- “ Pedimos esta información bajo la autoridad de la Regla Federal de Privacidad reconocida por la Ley de Portabilidad y Privacidad de Seguro Médico (HIPAA).
- “ La información que usted proporcione aquí, permanecerá confidencial en la medida de lo posible. Sin embargo, es posible que necesitemos divulgar información para investigar su reclamo. Los nombres y otros datos de identificación sobre individuos se divulgan cuando es necesario para investigar una posible violación de privacidad y seguridad de información de salud, para operaciones de sistemas internos, o para usos rutinarios, los que incluyen divulgación de información fuera de la Oficina de Privacidad con propósitos asociados con el cumplimiento de privacidad de información de salud según permita la ley.
- “ Le aseguramos que es ilegal para una entidad cubierta el intimidar, amenazar, obligar, discriminar o tomar represalias contra usted por presentar una queja o por tomar cualquier otra acción para ejercer sus derechos bajo la Regla de Privacidad y Seguridad.
- “ No se le requiere el usar este formulario. Usted también puede escribir una carta, presentar una queja electrónicamente o llamar al Oficial de Privacidad con la misma información.
- “ Si tiene preguntas, contacte al Oficial de Privacidad al (559) 673-3508 x.1311.

POR FAVOR IMPRIMA

1. Su nombre y apeido: _____

2. ¿Puede contactarle el Oficial de Privacidad? (Seleccione uno)
No, no quiero que me contacten en relación con este asunto.
Podría dificultar nuestra habilidad al iniciar/completar una investigación.

Sí, me puede contactar.

3. ¿Cómo le contactamos?

Teléfono: _____

Email: _____

Otro: _____

4. ¿Presenta esta queja en nombre de otra persona? No Sí

5. Nombre(s) de persona(s) de quien(e)s se queja:

6. Fecha (estime) cuándo inicialmente noto acción o cree que ocurrió la violación de su privacidad:

Mes/año

7. Fecha(s) cuando ocurrió(eron), si más de una:

8. Describa en detalle su queja, incluya qué, cuándo, quién, cómo, dónde, y si sabe, el por qué. Por favor sea específico(a) sobre las veces y fechas del incidente. Liste testigos:

(BHS Use Only)

Request received by: _____

Print Staff Name: _____

Job Title: _____

Program Site: _____

Date Received: _____

Date Sent to Privacy Officer: _____

Date Received by Privacy Officer: _____