Queja por infracción de la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos

Nombre (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)	Clave del área y teléfono durante el día ☐ Domicilio ☐ Oficina ☐ Celular
Dirección (calle o apartado postal, ciudad, estado, código postal)	
Si no podemos comunicarnos con usted directamente, anote el nombre de alguien que nos ayude a encontrarlo.	Dé la clave del área y el teléfono durante el día de la persona de contacto.
¿Está presentando esta queja en nombre de otra persona? ☐ Sí ☐ No	Si contesta "Sí", dé el primer nombre y el apellido de la persona cuyos derechos a la privacidad de la información médica se han violado.
Dé el nombre de la persona o el centro que usted cree ha violado sus derechos a la privacidad de la información médica (o los de otra persona) o que ha cometido otra infracción de las normas de privacidad de la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (HIPAA).	
¿Cuándo cree usted que se cometió la violación de los derechos a la privacidad de la información médica?	
Describa brevemente qué pasó. Por favor, explique cómo cree que se violaron sus derechos a la privacidad de la información médica (o los de la otra persona). Por favor, explique también cómo cree que se violaron las normas de privacidad de la HIPAA. Sea lo más específico posible. (Adjunte más páginas si es necesario).	

Firma _____ Fecha _____

Con algunas excepciones, usted tiene el derecho de saber qué información obtiene sobre usted la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) y de pedirla. Tiene el derecho de recibir y revisar la información, si la solicita. También tiene el derecho de pedir que la HHSC corrija cualquier información incorrecta (Código Gubernamental, Secciones 552.021, 552.023, 559.004). Si quiere que la HHSC corrija información incorrecta sobre usted, por favor, comuníquese con HHSC Privacy Office, P.O. Box 85200, Austin, Texas 78758.