



QUERELLAS RELACIONADA CON EL USO DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Propósito Este formato será usado para que las personas sometan sus querellas sobre nuestro cumplimiento con las prácticas de la privacidad.

SECCIÓN A: Información sobre la persona que somete la querella.

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

NOTA AL QUERELLANTE: Favor de leer y completar toda la información que se solicita a continuación.

Usted tiene derecho a radicar una querella sobre la manera en que nosotros cumplimos con nuestras Políticas o las leyes de privacidad del Gobierno Federal o local. Nosotros investigaremos su querella y le responderemos por escrito en un plazo de 30 días laborales. No pretendemos que usted renuncie a los derechos que tenga bajo las leyes sobre asuntos de privacidad, ya sea en la esfera federal o local. Su querella no afectará el tratamiento que recibe en la clínica. SALUS no tomará represalia alguna por usted haber radicado una querella. Para ejercer su derecho, favor de completar las Secciones A y B, firmar el documento y enviarlo a:

Oficina de Contacto: OFICINA DE PRIVACIDAD DE SALUS

Teléfono: (787) 749-4045 E-mail: dallende@ssspr.com

Dirección: PMB 509, PO Box 7891, Guaynabo, PR 00970-7891

Si tiene preguntas, dudas o necesita ayuda para completar su querella, comuníquese con nosotros a la dirección especificada.

SECCIÓN B: Su querella.

Someta una breve explicación de su querella:

QUERELLA

Página 2

Someta una breve explicación de los resultados que usted espera como consecuencia de su querella:

SU FIRMA

Firma: _____ Fecha: _____

Si esta querella es presentada por un representante personal designado por el asegurado, favor de llenar la información que sigue:

Nombre del Representante Personal: _____

Relación con el querellante: _____

USTED TIENE DERECHO A UNA COPIA DE ESTA QUERELLA