Formulario para Quejas de HIPAA del condado de Travis

Descripción: Este formulario se usa para presentar quejas por escrito al condado de Travis para todo lo relacionado con la práctica, política o procedimiento de la HIPAA o con las violaciones potenciales a la privacidad. No se requiere que las personas que desean presentar dichas quejas completen este formulario; pueden también comunicarse directamente con el Funcionario de Privacidad.

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPPA) de 1996, le da derecho a las personas a quejarse sobre nuestros procedimientos y políticas de privacidad o si usted
cree que violamos los derechos de privacidad suyos o de otra persona. Cuando se recibe una queja, el Funcionario de Privacidad, por lo general, hará lo posible por dictar la resolución correspondiente dentro de un plazo de 30 días. Dependiendo de las circunstancias, este plazo podría extenderse. El Gobierno del condado de Travis no discriminará ni tomará represalias en contra suya como consecuencia de esta queja.

Le agradeceremos que incluya toda la información que le sea posible. Si tiene alguna pregunta acerca de este formulario, puede comunicarse con el Funcionario de Privacidad llamando al (512) 854-1114.

Su nombre: _____
Dirección: _____
Número de teléfono: _____ Fax: _____
Dirección de correo electrónico: _____ Fecha: _____

Si está presentando una queja en nombre de alguien más, proporcione el nombre y la dirección de la persona que le encomendó presentar esta queja.
Nombre: _____
Dirección: _____

Información sobre una supuesta violación a la privacidad

Qué componente* del condado de Travis cometió la supuesta violación de privacidad:
_____

**El condado de Travis es una "entidad híbrida" en virtud de los reglamentos federales de privacidad de la HIPAA. Una lista de los componentes cubiertos dentro del condado de Travis está disponible en la Oficina del Funcionario de Privacidad o en la página web del condado de Travis https://www.traviscountytx.gov/hipaa*

Describa en detalle la naturaleza de su queja sobre la privacidad, incluidos la fecha o fechas del incidente y el nombre o nombres del personal del condado de Travis que estuvo involucrado y los nombres de otros testigos (adjunte las hojas que sean necesarias):
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

_____
_____
_____

_____ _____
Firma del paciente/cliente o Representante legal Fecha

_____
Relación (si no es el cliente/paciente)

Enviar a:
Sara Krause
Privacy Officer
700 Lavaca, Ste. 1100
Austin, TX 78701

Usted puede presentar una queja ante el Funcionario de Derechos Humanos del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights) a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, o puede llamar al 1-877-696-6775, o visitar **www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/**

Para uso exclusivo del condado de Travis

Persona que entregó la Queja:	☐ Entrega personal ☐ Correo Electrónico ☐ Teléfono	☐ Correo postal regular ☐ Correo de voz

Acuse de recibo del Funcionario de Privacidad: _____ Fecha de recepción: _____

Queja número: _____

Acuse de recibo del Coordinador de Privacidad: _____ Fecha de recepción: _____

Proceso de investigación: _____
_____
_____
_____
_____
_____

Medida formal/resolución que se tomó: _____
_____
_____
_____
_____
_____

_____ _____
Firma del Coordinador de Privacidad **Fecha**

Comentarios del Funcionario de Privacidad: _____
_____
_____
_____

_____ _____

Firma del Funcionario de Privacidad **Fecha**