



QUEJAS SOBRE DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN MÉDICA

Complete el formulario y envíelo por fax o correo a:

Privacy Office

Colorado Department of Health Care Policy and Financing
303 E. 17th Avenue, Denver, CO 80203 Fax: (303) 866-4411

***** Incluya una copia de su tarjeta de identificación de Medicaid y de su licencia de conducir o sus equivalentes. *****

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996 exige que mantengamos la privacidad de su información médica protegida. Usted tiene derecho a quejarse, por escrito, sobre situaciones en las que cree que nosotros, u otras organizaciones que trabajan para nosotros, no hemos cumplido con nuestra responsabilidad de salvaguardar su información médica protegida. El Departamento de Políticas y Financiamiento de Atención Médica de Colorado (Colorado Department of Health Care Policy and Financing) no puede quitarle sus beneficios ni tomar ningún tipo de represalias en su contra debido a esta queja. Comparta todos los detalles que pueda para que podamos investigar este evento y asegurarnos de mejorar la forma en que protegemos la información médica de todos nuestros clientes. El Departamento no está obligado a responder a todas las quejas ni a tomar medidas al respecto. Consulte la política y los procedimientos de privacidad del Departamento sobre el *derecho a presentar una queja*, de conformidad con la Sección 164.530 (d) del Título 45 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR).

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Nombre: _____

Número de identificación del estado: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado, código postal: _____ Teléfono: _____

Firma: _____ Fecha: _____

El padre, la madre o el tutor legal pueden firmar en nombre de un menor.

El tutor legal, el apoderado o su equivalente pueden firmar en nombre de un adulto. Para ello, se necesita documentación.

Si firma en nombre de otra persona, complete la siguiente información:

Nombre del representante personal designado: _____

Relación con el representante personal designado: _____

DETALLES DE LA QUEJA (Sea lo más específico posible con las fechas, las horas y cualquier política, procedimiento o medida específica que se haya adoptado; si corresponde, incluya los nombres y la documentación de cualquier persona del Departamento de Políticas y Financiamiento de Atención Médica con la que haya hablado al respecto).

También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights, OCR) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Health and Human Services, HHS) de los Estados Unidos escribiendo a:

Centralized Case Management Operations
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, S.W.
Room 509F HHH Bldg.
Washington, D.C. 20201

O bien, envíe un correo electrónico a OCRComplaint@hhs.gov