

Queja por violacion a la privacidad del paciente

Informacion del paciente *(Por favor escriba de manera legible):*

Nombre: _____

Direccion: _____ Ciudad, Estado,Codigo postal: _____

Telefono: _____ Fecha de nacimiento: _____

TTUHSC El Paso valora la privacidad de los pacientes y asume el compromiso de desarrollar su practica medica de una forma que promueva la confidencialidad de los pacientes mientras les brinda una atencion de la mas alta calidad.

Si el personal no ha cumplido su objetivo, queremos que usted nos lo notifique. Tenga la seguridad de que su queja se mantendra confidencial. Describa su queja en el espacio que se le ha proporcionado a continuacion. Nuestra intencion es usar esta informacion para mejorar la proteccion de sus derechos de confidencialidad coma paciente. Usted no sera sancionado o sujeto a ninguna represalia par haber sometido la queja. Adjunte hojas adicionales segun lo necesite.

Informacion de contacto:
Obumneme Eze
Institutional Privacy Officer
5001 El Paso Drive, El Paso, Texas 79905

Departamento de Salud y Servicios Humanos de las EE.UU., Oficina de Derecho Civiles https://www.hhs.gov/ocr/filing-with-ocr/index.html 1-800-368-1019

_____	_____	_____
Fecha	Nombre	Firma (Nombre del paciente o de la persona legalmente autorizada)

		Relacion con el paciente