

Forma H0404-S, Queja por violación de la privacidad

Documentos

English: H0404.PDF <https://hhs.texas.gov/sites/hhs/files//documents/laws-regulations/forms/H0404/H0404.pdf>

Español: H0404-S.PDF
<https://hhs.texas.gov/sites/hhs/files//documents/laws-regulations/forms/H0404/H0404-S.pdf>

Instrucciones

Actualizado: ABR/2017

Propósito

La Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (HIPAA) de 1996 establece el derecho de las personas a presentar una queja. Si cree que el sistema de Salud y Servicios Humanos (HHS) de Texas ha violado sus derechos a la privacidad de la información médica (o los derechos de otra persona) o ha incumplido de otra manera la HIPAA o la Ley sobre Privacidad de 1976, puede presentar una queja ante la Oficina de Privacidad del HHS. El HHS tiene la autoridad independiente para tramitar e investigar las quejas presentadas contra los empleados y los socios comerciales del HHS.

Procedimiento

Número de copias

La persona presenta una Forma H0404-S completada.

Transmisión

Una vez completada, puede enviar la Forma H0404-S por correo a:

Texas Health and Human Services
Privacy Office
P.O. Box 149030, Mail Code 135-5
Austin, TX 78714-9030

Por correo electrónico a: privacy@hhsc.state.tx.us

Retención de la forma

La Oficina de Privacidad guarda las formas H0404-S durante 6 años desde la fecha de cierre (vea el artículo del departamento número 5576, Calendario de retención de archivos de la HHSC).

Instrucciones detalladas

Nombre. Escribir el primer nombre.

Apellido. Escribir el apellido.

Dirección. Escribir la dirección (calle).

Ciudad. Escribir el nombre de la ciudad.

Estado. Escribir el nombre del estado.

Código postal. Escribir el código postal.

Teléfono de la casa con el código de área. Escribir el número de teléfono de la casa.

Teléfono del trabajo con el código de área. Escribir el número de teléfono del trabajo.

Dirección de correo electrónico. Escribir la dirección de correo electrónico.

¿Está presentando esta queja en nombre de otra persona? Escribir "Sí" o "No".

Si contesta "Sí", indique cuál es la persona cuyos derechos a la privacidad supuestamente se han violado. Describir en pocas palabras la persona cuyos derechos a la privacidad se han violado.

Nombre. Escribir el primer nombre de la persona.

Apellido. Escribir el apellido de la persona.

Fecha de nacimiento. Escribir la fecha de nacimiento de la persona.

Relación con la persona. Escribir su relación con la persona.

¿Cuándo cree usted que se violaron los derechos a la privacidad de la información médica? Escribir la fecha en que se violaron estos derechos.

Describa en pocas palabras cómo y por qué cree usted que se violaron los derechos a la privacidad. Describir en pocas palabras.

Firma y fecha. Firmar y fechar la forma.