

### REPORTE DE QUEJA COMPLAINT REPORT

Este formulario es voluntario. A discreción del personal de Clients Rights o el HIPAA Privacy Officer, se puede presentar una queja oralmente. Esta información es utilizada para fines de investigación y resolución de esta queja solamente.

Si usted tiene preguntas en referencia a este formulario o si le gustaría ayuda para completarlo, comuníquese con el personal de Client Rights o el HIPAA Privacy Officer de la facilidad.

Nombre – Paciente / Cliente (Apellido, Nombre, Inicial)	Nombre – Demandante (Apellido, Nombre, Inicial) (si no es paciente/cliente)
Dirección	Dirección
Número(s) de teléfono	Número(s) de teléfono
Facilidad / unidad	

Esta queja declara la violación del:  artículo \_\_\_\_\_ de los derechos del paciente en Wis. Stats. Ch. 51  
o \_\_\_\_\_ (Indique el estatuto(s) si se sabe)  
 del Health Insurance Portability y Accountability Act (HIPAA – 45 CFR § 164), en referencia al uso y la divulgación de la información de salud bajo protección del paciente (si es aplicable).

#### DESCRIBA SU QUEJA

Declare todos los hechos, incluyendo la hora, sitio del incidente, nombres de otros involucrados, testigo(s), si hay alguno.

REMEDIO DESEADO (No aplica para las quejas de HIPAA )

También he sometido esta queja a la agencia siguiente: \_\_\_\_\_

**Si este problema se relaciona o involucra una posible violación de HIPAA, el Privacy Officer de la facilidad tiene que ser notificado**

**FIRMA:** \_\_\_\_\_ Fecha – Enviado: \_\_\_\_\_  
(Persona que completa el reporte)

Fecha – Recibido: \_\_\_\_\_

**DISTRIBUTION:** Original - Facility Client Rights; Copy - Client