

Departamento de Salud Pública de Massachusetts (Massachusetts Department of Public Health)

Formulario de queja por violación de la confidencialidad

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

_____ Fecha de nacimiento: _____

Por favor, describa la naturaleza de la queja, incluyendo las fechas del incidente. Por favor, escriba el nombre del programa, Oficina o de cualquier persona del DPH involucrada en su queja.

Su firma o la firma de su representante personal Fecha

Nombre en letras de molde

Indique la relación de la persona que firma este formulario con el individuo que es el sujeto de la información revelada.

La persona que firma es el individuo

La persona que firma es el Representante Personal autorizado para tomar decisiones

de atención médica en nombre del individuo. Describa la

autoridad: _____

Por favor, envíe este formulario por correo a:

Privacy Office
Massachusetts Dept. of Public Health
250 Washington St.
Boston, MA 02108

También puede comunicarse con:

Office for Civil Rights
US Dept. of Health and Human Services
Government Center
J.F. Kennedy Federal Building-Room 1875
Boston, MA 02203
Teléfono de voz (617) 565-1340
Fax (617) 565-3809 TDD (617) 565-1343