

**Departamento de Saúde Pública de Massachusetts**  
**Formulário para apresentação de queixa sobre quebra do sigilo**

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_\_

Descreva a natureza da queixa, incluindo as datas de ocorrência. Identifique o programa do Departamento de Saúde Pública (DPH), a divisão ou as pessoas envolvidas na queixa.

_____
_____
_____
_____
_____

\_\_\_\_\_  
Sua assinatura ou de seu representante pessoal

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Nome em letra de forma

Indique o grau de relacionamento do assinante deste formulário com a pessoa sobre a qual as informações foram divulgadas.

O assinante é o próprio autor da queixa

O assinante é representante pessoal do autor da queixa, autorizado a tomar decisões

relativas à saúde deste. Descreva a representação: \_\_\_\_\_

Envie este formulário por correio para:  
Privacy Office  
Massachusetts Dept. of Public Health  
250 Washington St.  
Boston, MA 02108

Se desejar, entre em contato com:  
Office for Civil Rights  
US Dept. of Health and Human Services  
Government Center  
J.F. Kennedy Federal Building-Room 1875  
Boston, MA 02203  
Telefone: (617) 565-1340  
Fax: (617) 565-3809 Telefone para  
portadores de deficiência auditiva: (617)  
565-1343