

### Formulario de Reclamación por Discrimen por Derechos Civiles

Use este formulario para hacer una reclamación por Discrimen por Derechos Civiles. Usted puede someter su reclamación dirigiéndola al **Departamento de Cumplimiento Corporativo, PO Box 191580, San Juan, PR 00919-1580** o a través del correo electrónico [alertacumplimiento@firstmedicalpr.com](mailto:alertacumplimiento@firstmedicalpr.com)

Usted también puede presentar una reclamación a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos vía correo electrónico a través la siguiente dirección: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o por correo a U.S. Department of Health and Human Services 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201. También puede obtener un formulario de reclamación de DHHS en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

I. Información del Suscriptor/Beneficiario/Institución que presenta la Reclamación					
		Segundo Nombre:	Apellidos:		
Dirección postal:			Número de Identificación del Plan:		
Número de Teléfono Residencia:	Número Celular:		Correo Electrónico: <input type="checkbox"/> Autorizo a FMHP a enviar información a mi correo electrónico de forma segura (Cifrada)		
II. ¿Cómo podemos contactarlo?					
<input type="checkbox"/> Teléfono	<input type="checkbox"/> Email	<input type="checkbox"/> Correo	<input type="checkbox"/> TTY	<input type="checkbox"/> Braille	<input type="checkbox"/> Intérpretes de Señas
III. ¿Presenta usted esta queja en nombre de otra persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Si su respuesta es sí, ¿quién es la persona cuyo derecho de privacidad de la información médica parece haberse violado?					
Nombre:			Apellidos:		
IV. Creo que he sido (o alguien más ha sido) discriminado por:					
<input type="checkbox"/> Raza/ Color/ Nacionalidad	<input type="checkbox"/> Edad	<input type="checkbox"/> Religión	<input type="checkbox"/> Conciencia	<input type="checkbox"/> Sexo	
<input type="checkbox"/> Identidad de Género	<input type="checkbox"/> Discapacidad	<input type="checkbox"/> Otros: (Especificar) _____			
V. Descripción de su Reclamación					
a. Información General					
Nombre de la Organización/Institución/Persona contra quien es su reclamación:					
¿Cuándo ocurrieron los eventos?					
b. Detalles de la Reclamación					
Provea una descripción detallada de su reclamación, incluyendo quién, qué, dónde, cuándo y por qué. Si desea anejar documento que sustente su querrela, favor de solicitar asistencia a un Representante de Servicio al Cliente.					

¿Tiene testigos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si tiene testigos, por favor proporcione el nombre y número de teléfono de su testigo(s):	
Testigo 1	Testigo 2
Nombre:	Nombre:
Número de teléfono:	Número de teléfono:
¿Ha presentado su reclamación en alguna otra parte? Si es así bríndenos la siguiente información. (Adjunte hojas adicionales según lo necesite)	
Fecha de presentación de caso:	Número de Reclamación/caso:
First Medical Health Plan, Inc., puede decidir que su reclamación no viola sus derechos o cualquier otra ley o reglamento aplicable, pero tal vez otra organización pueda ayudarle. Por favor, elija una de las siguientes: <input type="checkbox"/> <b>Estoy</b> de acuerdo en que esta reclamación sea divulgada con otra organización. <input type="checkbox"/> <b>No estoy</b> de acuerdo en que esta reclamación sea divulgada con otra organización.	
<b>VI. Firma</b>	
Certifico que la información en este formulario es cierta y correcta a mi mejor entendimiento, información y conocimiento.	
Firma:	Fecha:

Esta información está disponible libre de costo en otros idiomas. Para información adicional, favor de comunicarse con la Unidad de Privacidad al número (787) 474-3999, ext.2108, 2583. Estamos disponibles de lunes a viernes de 8:30 am a 5:00 pm.

This information is available free of cost in other languages. For additional information please contact our Privacy Unit number at (787) 474-3999, ext. 2108, 2583. We are available Monday thru Friday from 8:30 am to 5:00 pm.

La información provista en el presente formulario es confidencial y está protegida por las disposiciones establecidas en la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA) del 1996. Los nombres u otra información de individuos se divulgarán si es necesario para propósito de investigación de posibles violaciones a la privacidad de la información médica, para operaciones de sistemas internos o usos de rutina, los que incluyen la divulgación de información para propósitos relacionados con el cumplimiento de la privacidad de la información médica y según lo permita la ley. Es ilegal para toda entidad regida intimidar, amenazar, coaccionar, discriminar o tomar represalias contra usted por presentar esta queja. No es obligatorio utilizar este formulario para radicar una querrela. También puede escribir una carta o presentar su queja en forma electrónica con la información solicitada. Para presentar una queja en forma electrónica, escríbanos a: [alertacumplimiento@firstmedicalpr.com](mailto:alertacumplimiento@firstmedicalpr.com).