

FORMULARIO DE QUERELLA DE HIPAA

Use este formulario para presentar una querella acerca de posibles violaciones de sus derechos de privacidad y seguridad, incluyendo sus derechos bajo la Regulación de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés).

Usted puede someter su solicitud dirigiéndola al **Principal Oficial de Cumplimiento y Privacidad de First Medical Health Plan, Inc., PO Box 191580, San Juan, PR 00919-1580**, a través del correo electrónico: cumplimiento@firstmedicalpr.com, por facsímil al 787-300-3913, o entregándola directamente en cualquiera de las Oficinas de Servicio de First Medical Health Plan, Inc.

Usted también puede obtener un formulario de queja en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (HHS, por sus siglas en inglés) en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf> y radicarla por correo directamente a: Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, 200 Independence Avenue, S.W. Room 509F HHH Bldg. Washington, D.C., 20201.

I. Información del Individuo que radica la Querella		
Nombre:	Segundo Nombre:	Apellidos:
Dirección postal:		Número de Identificación del Plan/Número de Contrato:
Teléfono Principal:	Teléfono Alterno:	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 Postal
<input type="checkbox"/> TTY	<input type="checkbox"/> Braille	<input type="checkbox"/> Intérpretes de Señas
III. ¿Presenta usted esta querella 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. Descripción de su Querella		
a. Información General		
Nombre de la Organización/Institución/Persona contra quien es su querella:		
¿Cuándo ocurrieron los eventos?		

b. Detalles de la Querella

Provea una descripción detallada de su querella, incluyendo quién, qué, dónde, cuándo y por qué. Si desea anejar un documento que sustente su querella. Utilice hojas adicionales si es necesario y adjúntelas a este formulario.

¿Tiene testigos? Sí No

Si tiene testigos, por favor proporcione el nombre y número de teléfono de su(s) testigo(s):

Testigo 1	Testigo 2
Nombre:	Nombre:
Número de teléfono:	Número de teléfono:

V. ¿Ha presentado su querella en alguna otra parte? Si es así, bríndenos la siguiente información. (Utilice hojas adicionales si es necesario y adjúntelas a este formulario.)

Fecha de presentación de caso:	Número de querella/caso:
--------------------------------	--------------------------

First Medical Health Plan, Inc., puede decidir que su querella no viola la Regla de Privacidad bajo HIPAA, ni ninguna otra ley o reglamento aplicable. Sin embargo, tras la investigación correspondiente, otra organización podría ayudarle.

VI. Firma

Certifico que la información en este formulario es cierta y correcta a mi mejor entendimiento, información y conocimiento.

Firma: _____

Fecha: _____

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, por sus siglas en inglés) de 1996. Los nombres u otra información de individuos se divulgarán, si es necesario, para propósito de investigación de posibles violaciones a la privacidad y seguridad 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 querella. No es obligatorio utilizar este formulario para radicar una querella. También, puede escribir una carta o presentar su querella en forma electrónica con la información solicitada. Para presentar una querella en forma electrónica, enviándola a: cumplimiento@firstmedicalpr.com

El Departamento de Servicio al Cliente ofrece servicios de intérprete de idiomas y lenguaje de señas libre de costo. Esto incluye, servicio de formatos alternos tales como: Braille, letra agrandada y traducción a otros idiomas, verbal o escrito, entre otros. Si usted necesita información del plan en otro formato o lenguaje, por favor comuníquese con nuestro Departamento de Servicio al Cliente al número que aparece al dorso de su tarjeta del plan.

The Customer Service Department offers free language interpreter services and sign language. This includes services in alternate formats such as Braille, large print, and translation to other languages, verbally or written, amongst others. If you need plan information in another format or language, please contact our Customer Service Department at the number on the back of your plan card.

First Medical cumple con las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discrimina en base a raza, color, origen de nacionalidad, edad, discapacidad, o sexo. **First Medical** complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate based on race, color, national origin, age, disability, or sex.

First Medical 遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。