

Texas Tech University Health Sciences Center

Queja por violación a la privacidad del paciente

Información del paciente (*Por favor escriba de manera legible*):

Nombre: _____

Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código postal: _____

Teléfono: _____ Fecha de nacimiento: _____

TTUHSC valora la privacidad de los pacientes y asume el compromiso de desarrollar su práctica médica de una forma que promueva la confidencialidad de los pacientes mientras les brinda una atención de la más alta calidad.

Si el personal no ha cumplido su objetivo, queremos que usted nos lo notifique. Tenga la seguridad de que su queja se mantendrá confidencial. Describa su queja en el espacio que se le ha proporcionado a continuación. Nuestra intención es usar esta información para mejorar la protección de sus derechos de confidencialidad como paciente. Usted no será sancionado o sujeto a ninguna represalia por haber sometido la queja. Adjunte hojas adicionales según lo necesite.

Información de contacto:

TTUHSC-Lubbock Oficial de privacidad 3601 4 th St., MS 8165 Lubbock, TX 79430 806-743-9541	TTUHSC-Amarillo Oficial de privacidad 1400 Coulter Road Amarillo, TX 79106 806-743-9539	TTUHSC-Odessa Oficial de privacidad 800 West 4 th Street. Odessa, TX 79763 806-743-9539
Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU., Oficina de Derechos Civiles https://www.hhs.gov/ocr/filing-with-ocr/index.html 800-368-1019		

Fecha

Nombre

Firma
(Nombre del paciente o de la persona legalmente autorizada)

Relación con el paciente