



FORMULARIO DE QUEJAS SOBRE PRIVACIDAD Y SEGURIDAD

Utilice este formulario para presentar una queja sobre privacidad y seguridad ante Gastro Health, LLC. (Gastro Health). Para presentar esta queja, no tendrá que renunciar a ningún derecho otorgado conforme a leyes federales, estatales o la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) u otras leyes. Si necesita ayuda para completar este formulario, llame al Director de Privacidad al 786-870-4875.

UNA VEZ COMPLETO Y FIRMADO, ENVÍELO POR CORREO A: **Gastro Health, LLC.**
A la atención de: Director de Privacidad
9500 S. Dadeland Blvd., Suite 200
Miami, FL 33156

NOTA: ESTE FORMULARIO DEBE COMPLETARSE EN SU TOTALIDAD.

Sección A: Complete los siguientes datos:

Nombre	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento
Dirección	Ciudad, Estado, Código Postal	
Número de Teléfono	Dirección de correo electrónico (opcional)	

Sección B: Declare todo lo relacionado con su queja de manera concisa:

Sección C: Firma – Este documento debe ser firmado por la persona, el padre de un menor de edad o el Representante Personal.

Entiendo que únicamente puedo firmar en nombre de un menor de 18 años, a menos que exista un comprobante de tutela legal.

_____	_____
Firma	Fecha: mes/día/año

Sección D: Si un Representante Personal firma la Sección D, complete la siguiente información:

Si firma en carácter de Apoderado, Tutor Legal, Albacea o Administrador, adjunte una copia de los Documentos legales. Usted **NO** tiene que adjuntar las copias de los documentos que ya se encuentren en los archivos de Gastro Health.

Nombre del Representante Personal	Relación con la Persona
Dirección del Representante Personal	Ciudad, Estado, Código Postal
Número de Teléfono del Representante Personal	Dirección de correo electrónico del Representante Personal (opcional)

También puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (DHHS), la Oficina de Derechos Civiles, por teléfono al (800) 368-1019.