

North Florida Pediatrics

Quejas por Violaciones de Privacidad

Nuestra práctica toma en serio su privacidad. Si cree que hemos violado su privacidad de alguna manera, por favor complete este formulario para que podamos investigar apropiadamente el evento.

Nombre impreso: _____ DOB: _____

(fecha de nacimiento)

Dirección: _____

Ciudad, estado y código postal: _____ Teléfono: _____

Cuándo cree que ocurrió la violación? _____


Describa brevemente lo que pasó; Por favor sea lo más específico posible:

¿Cuál es la mejor manera de contactarlo? _____

¿Cuál es el mejor momento para contactarlo? _____

Tenga en cuenta que nadie tomará represalias ni tomará ninguna acción contra usted por presentar una queja.

Este formulario debe ser firmado por el destinatario O por el representante personal. Los padres del destinatario pueden firmar si el destinatario es un menor. Si este formulario está firmado por el representante personal, incluya una copia del documento en el que se nombra al representante personal, por ejemplo, un poder, un formulario de designación de representante personal o una orden de designación de un tutor o albacea.

 Firma: _____ Fecha: _____

Relación con al paciente: _____ Nombre impreso: _____