|  |  |
| --- | --- |
| ou-logo | **Universidad de Oklahoma** |

**Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés)**

**Informe de Queja**

**HIPAA**

**Complaint Report**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Informado por: |  | | Fecha: |  |
| Información de contacto: |  | | | |
|  |  | | | |
| Dirección de email: |  | Número telefónico: | |  |

|  |
| --- |
| **Declaración sobre la Queja:** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **Fecha en que ocurrió el Suceso:** |
| **Fecha en la que tomó conocimiento del Suceso:** |
| **Lugar donde ocurrió el Suceso:** |

**Los individuos que presentan una queja deben enviar este formulario al Funcionario de Privacidad de cualquier clínica o de la Universidad:**

* **Correo electrónico:** [**oucompliance@ouhsc.edu**](mailto:oucompliance@ouhsc.edu)
* **Fax: (405) 271-5545**
* **Correo postal: University Privacy Official, University of Oklahoma Health Sciences Center, P O Box 26901, Oklahoma City, OK 73190**

**También se pueden enviar quejas a la Secretaría de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles a la siguiente dirección: DHHS, 1301 Young Street, Suite 1169, Dallas TX, 75202; o comunicarse telefónicamente al (214) 767-4066; (214) 767-8940 TDD.**

**Los empleados de la Universidad que reciban este Formulario de Queja lo deberán enviar inmediatamente al Oficial de Privacidad de la Universidad o ingresarlo en el sistema de quejas en línea sobre la ley HIPAA de la Universidad, conforme a los procedimientos de su Departamento/Oficina.**