



COMMUNITY HEALTH ALLIANCE HIPAA FORMULARIO DE QUEJA

Fecha de hoy: _____

Toda información puede presentarse de forma anónima, cualquier información identificable no es necesaria.

Nombre Completo (opcional):	Número de expediente:
Dirección:	Número de teléfono:

Si usted está presentado una queja en nombre de alguien, proporcione el nombre y la dirección de la persona en cuyo nombre se está presentando.

Nombre: _____

Dirección: _____

Describa en detalle el origen de su queja, incluyendo la fecha o fechas de los incidentes, y el nombre de cualquier miembro del personal de Community Health Alliance y testigos (adjuntar hojas adicionales si es necesario):

Firma del paciente o representante personal

Fecha

Relación con el paciente (si no es el paciente)

Enviar a:
Community

CHA Use Only:

Manager's acknowledgement of receipt: Print Name: _____ Date: _____

Process of Investigation:

Formal Action Taken/Resolution:

Director/Compliance Officer Comments:

Director/Compliance Officer Signature: _____ Date: _____

Place in HIPAA Log Binder, if HIPAA related. Otherwise, place in Risk Management file.