



**MẪU KHIẾU NẠI THÔNG TIN RIÊNG TƯ HIPAA**  
Trang 1 trên 2

Theo Đạo Luật về Quyền Chuyển Đổi và Trách Nhiệm Bảo Hiểm (Health Information Portability and Accountability Act, hay HIPAA) năm 1996, quý vị có quyền khiếu nại về chính sách, thể thức hoặc hành động thông tin riêng tư của chúng tôi. Nói chung, sau khi nhận khiếu nại, Viên Chức Riêng Tư, sẽ cố gắng giải quyết phù hợp trong vòng 30 ngày kể từ khi nhận khiếu nại. Trung Tâm Sức Khỏe Tâm Thần Tri-City sẽ không kỳ thị hay có hành vi trả đũa nào đối với quý vị do khiếu nại này. Xin điền càng nhiều thông tin càng tốt. Nếu có bất cứ thắc mắc nào về mẫu này, xin liên lạc Đường Dây Nóng Riêng Tư của chúng tôi theo số (909) 451-6428.

**NGƯỜI KHIẾU NẠI THÔNG TIN RIÊNG TƯ**

Họ	Tên	Chữ lót	Medi-Cal #	Điện thoại nhà #
Địa chỉ	Căn hộ #	Thành phố	Tiểu bang	Bưu chính

Xin mô tả chi tiết khiếu nại của quý vị ở phần trống dưới đây. (Xin cho biết thông tin càng cụ thể càng tốt, gồm ngày giờ và lý do quý vị nghĩ mình bị vi phạm quyền thông tin sức khỏe riêng tư; gồm cả tên, nếu có, của bất cứ ai ở văn phòng đã bàn thảo than phiền này với quý vị. Nếu cần thêm không gian, xin tiếp tục mô tả ở mặt sau của mẫu này.)

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

Chữ Ký của Bệnh Nhân

Ngày

Chữ Ký của Đại Diện \*

Ngày

*\*Nếu đại diện cá nhân của bệnh nhân ký tên thì nêu rõ mối quan hệ và ủy quyền để ký tên ở phần bên dưới đây:*

Xin điền thông tin và gửi lại mẫu này cho nhân viên quầy tiếp tân hoặc có thể gửi thư đến: Attn: Privacy Officer  
1717 N. Indian Hill Blvd Ste B Claremont, CA 91711

**CHỈ DÙNG CHO HÀNH CHÁNH / FOR OFFICE USE ONLY**

Log Number: \_\_\_\_\_

Date Received by Privacy Officer: \_\_\_\_\_

Comments: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

