

HIPAA PRIVACY RIGHTS COMPLAINT FORM
(HIPAA PRACTICAS DE PRIVACIDAD
FORMULARIO DE QUEJAS)

Any person has the right to file a complaint if the person believes that a Rocky Mountain Internal Medicine, or one of its subsidiaries provider has not adequately protected the health information entrusted to us or ensured patient rights with respect to their health information. To file a complaint, you may complete this form and return it to: **Privacy Officer, Rocky Mountain Internal Medicine, 1360 S. Potomac St., Aurora, CO 80012.** This request applies only to the health care provider office that you list below.

Toda persona tiene derecho a presentar una queja si la persona cree que un proveedor de Rocky Mountain Internal Medicine o sus filiales no ha protegido adecuadamente la información de salud se nos ha confiado o garantizado los derechos del paciente con respecto a su información de salud. Para presentar una queja, usted puede completar este formulario y envíelo a: **Privacy Officer, Rocky Mountain Internal Medicine, 1360 S. Potomac St., Aurora, CO 80012** Esta solicitud sólo se aplica a la oficina del proveedor de atención médica que usted señala a continuación.

Patient Name _____ Date of Birth _____
(Nombre) (Fecha de Nacimiento)

Phone Number _____
(Número de teléfono)

Today's Date _____ Date of Incident _____
(Fecha de hoy) (Fecha del incidente)

Please describe the privacy concern (Por favor, describa el problema de privacidad):

Signature (Firma): _____ Date (Fecha): _____