

FORMULARIO DE PREOCUPACIÓN DEL CONSUMIDOR

1. Nombre del Individuo que Presenta la Preocupación: _____
2. Si Presenta en Nombre de un Consumidor, Nombre del Consumidor _____
3. Relación con el Consumidor: _____
4. Lugar donde ocurrió el Incidente, si se sabe: _____
5. Fecha y Hora del Incidente: _____
6. Nombres de los Individuos involucrados, si se sabe: 7. Nombre del personal involucrado, si se sabe:

8. Naturaleza de la Preocupación (**marque todo lo que corresponda**):

- ☐ Accesibilidad/Acomodaciones Razonables
☐ Acceso a los Registros Médicos
☐ Tratamiento Proporcionado

- ☐ Confidencialidad
☐ Relaciones con el Cliente
☐ Otro (**por favor explique abajo**)

9. Por favor proporcione una explicación detallada de las circunstancias y eventos que rodean su Preocupación para ayudarnos en nuestra investigación (**adjunte hojas adicionales si es necesario**)

10. Por favor permita treinta (30) días para que la Compañía complete su investigación, después de lo cual se proporcionará una respuesta mediante el método de comunicación preferido que usted elija a continuación:

- ☐ Por teléfono al: (____) _____
☐ Por correo electrónico a: _____
☐ Por correo postal de EE. UU. a la siguiente dirección: _____
☐ Instrucciones especiales para el contacto (**por favor especifique**): _____
☐ No me contacte.

(Continúa en la siguiente página)

11. Persona que presenta la Preocupación::

Firma **Nombre en Letra de Imprenta** **Fecha**

12. Miembro del Personal que Recibe la Preocupación:

Firma **Nombre en Letra de Imprenta** **Fecha**

FOR OFFICE USE ONLY

RECEIPT OF CONSUMER CONCERN

1. Date received by OCA/Privacy Office:

2. Received by:

INVESTIGATOR

Investigation assigned to...

3. Name _____

4. Department: _____

5. Date report forwarded: _____

INITIAL CONSUMER CONTACT

6. Contact Date: _____

7. Contacted by: _____

8. Method of Contact:

☐ Telephone ☐ Mail ☐ E-mail

☐ Other: _____

CONSUMER RESOLUTION NOTICE

9. Date Investigation Completed:

10. Date Consumer Notified:

11. Contacted by: _____

12. Method of Contact:

☐ Telephone ☐ Mail ☐ E-mail

☐ Other: _____

RESUMEN DE LA INVESTIGACIÓN

Documente en detalle todos los pasos tomados y la información recopilada para resolver el problema. Incluya fechas, horas, nombres y cualquier otra información relevante. Puede adjuntar documentación.

CONCLUSIÓN:

INVESTIGACIÓN COMPLETADA POR:

<i>Firma</i>	<i>Nombre en Letra de Imprenta</i>	<i>Fecha</i>
--------------	------------------------------------	--------------

REGRESE A LA OFICINA DE ASUNTOS DEL CONSUMIDOR AL COMPLETAR LA INVESTIGACIÓN