

Firma: _____ Fecha: _____

Si la queja está firmada por un Representante personal del individuo:

Nombre impreso del Representante personal: _____

Autoridad del representante para actuar en nombre del individuo: _____

Si la queja está firmada por un Representante personal de la persona, tenga en cuenta que debemos verificar que usted es el representante legal de esta persona a los efectos de presentar esta queja. Adjunte cualquier documento que respalde esta autoridad (poder notarial, orden judicial, etc.). Como representante de esta persona, ¿podemos comunicarnos con usted a la dirección, al correo electrónico o al número de teléfono que figuran arriba? Sí No

En caso contrario, proporcione su dirección postal, dirección de correo electrónico y número de teléfono:

Dirección: _____
(calle) (ciudad) (estado) (código postal)

Teléfono: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Este formulario cumplimentado deberá dirigirse a:

Oficial de Privacidad de HIPAA
UT Dallas Callier Center
1966 Inwood Road
Dallas, TX 75235

Para uso exclusivo de Callier Center

Persona que procesa la queja	_____
Fecha de registro de la queja	_____
Número de registro	_____
Acción tomada	_____