**FORMULARIO DE RESOLUCION DE QUEJA DE
PRIVACIDAD**

APELLIDO DEL PACIENTE		PRIMER NOMBRE	INICIAL
NUMERO DEL CASO.			
CENTRO		UNIDAD	

INSTRUCCIONES: DARLE UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO AL PACIENTE! PREPARAR UNA COPIA PARA EL HISTORIAL DEL PACIENTE

RESOLUCION DE QUEJA DE PRIVACIDAD

DESCRIPCION DE LA QUEJA DEL PACIENTE (INCLUYENDO LA INFORMACION QUE USTED CREE QUE FUE USADA /DIVULGADA INAPROPIADAMENTE, Y POR QUIEN.:

RESOLUCION (INCLUYENDO LA ACCION RECOMENDADA):

Director/Asistente al Director

Fecha