



**CONDADO DE ORANGE, FLORIDA**  
**INFORMACIÓN PROTEGIDA SOBRE LA SALUD**  
**FORMULARIO DE PRESENTACIÓN DE DENUNCIAS SOBRE PRIVACIDAD**

La información que usted suministre aquí permanecerá confidencial en la medida que lo permitan las Leyes y Normas Federales, Estatales y Locales. Existe la posibilidad de que necesitemos divulgar la información para investigar su reclamación.

- Puede presentar una denuncia sin necesidad de indicarnos su nombre. Si opta por presentar una denuncia sin indicar su nombre, vaya directamente a la Sección 4.
- Cualquier persona puede presentar una denuncia.
- Los miembros del personal pueden utilizar este formulario para denunciar violaciones de las Normas de Privacidad de otros miembros del personal.

Puede enviar su denuncia a la siguiente dirección:

**Oficial de Privacidad de la HIPAA, Condado de Orange**

2002A E. Michigan Street  
Orlando, FL 32806  
407-836-9214  
Privacy.officer@ocfl.net

### 1. SU INFORMACIÓN

Apellido:	Nombre:	Inicial del Segundo Nombre:
Dirección:	Ciudad/Estado:	Código Postal:
Número de Teléfono:	Email:	

### 2. INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE:

**(Complete solo si desea que demos su información a otra persona).**

Autorizo a la siguiente persona a actuar en mi nombre y a recibir toda información sobre mi persona, en tanto sea necesaria para investigar esta denuncia.

Apellido:	Nombre:	Inicial del Segundo Nombre:
Dirección:	Ciudad/Estado:	Código Postal:
Número de Teléfono:	Relación:	

### 3. CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR SU NOMBRE

Seleccione uno de los siguientes:

Acepto que mi nombre sea divulgado al Gobierno del Condado de Orange para que se investigue esta denuncia.

No acepto que mi nombre sea divulgado al Gobierno del Condado de Orange. No divulgaremos información sobre usted en nuestra investigación dentro de los límites establecidos por la ley. Sin embargo, no utilizar su nombre puede obstaculizar nuestra capacidad para completar nuestra investigación.

#### 4. INFORMACIÓN SOBRE SU DENUNCIA

Nombre del Departamento del Condado o del Programa Relacionado con su Denuncia:	Nombre de la Persona Relacionada con su Denuncia:	Fecha su primera acción de notificación y la(s) fecha(s) en que ocurrieron los hechos:
---	---	--

##### Detalles de la Denuncia:

Tengo razón para creer que han ocurrido uno o más de los siguientes hechos:

- El Condado/la persona ha divulgado de manera inapropiada o ha revelado información sobre mi salud.
- El Condado/la persona ha utilizado de manera inapropiada información sobre mi salud.
- El Condado/la persona ha tomado decisiones de manera inapropiada sobre información de mi salud.
- El Condado/la persona ha negado el acceso a la información sobre mi salud.
- El Condado/la persona se ha negado a que yo haga modificaciones a la información sobre mi salud.
- Las políticas de privacidad y los procedimientos del Condado violan los requisitos de la HIPAA.

Brinde una descripción detallada en la cubierta de la denuncia de privacidad: quién, qué, cuándo, dónde y el porqué de lo que sucedió. Puede adjuntar páginas adicionales si no tiene suficiente espacio aquí.

---

---

---

---

---

---

---

---

¿Tiene testigos?  No  Sí

Si la respuesta es sí, denos el nombre, la dirección y el número de teléfono de su(s) testigo(s) abajo:

Nombre del Testigo	Dirección	Número de Teléfono
Nombre del Testigo	Dirección	Número de Teléfono

#### 5. SU FIRMA (OPCIONAL)

Firma:	Fecha:
--------	--------