



**AUTORIZACIÓN DE SERVICIO DEL PACIENTE Y PLAN DE SERVICIO PARA ELECTROENCEFALOGRAMA (EEG) Y/O ELECTROCARDIOGRAMA (EKG)**

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Iniciales  
Paciente

**AUTORIZACIÓN DE SERVICIO DEL PACIENTE**

**Autorización/consentimiento para atención/servicios:** Autorizo a Alliance Family of Companies, LLC, y/o sus subsidiarias y/o afiliadas, quien opera bajo la denominación comercial Stratus (la "Compañía") para que me proporcione servicios diagnósticos de electroencefalograma y/o electrocardiograma conforme lo prescrito por mi médico. Comprendo que mi médico me está refiriendo a la Compañía para este examen diagnóstico y consiento a esta remisión. Comprendo que tengo el derecho a seleccionar un proveedor de servicios distinto a la Compañía para este examen.

**NO** tengo historial conocido ni sospecha de sensibilidades o alergias de piel a cosméticos, lociones, adhesivos o productos de látex.

**SÍ** tengo historial de sensibilidades o alergias de piel a cosméticos, lociones, adhesivos o productos de látex.

**Responsabilidades/consentimiento del paciente:** Comprendo que soy responsable de asegurar el cumplimiento con todos los requisitos de pre-autorización y registro y de asegurar que se le informe de inmediato a la Compañía sobre cualquier cambio en la póliza. Comprendo que en el caso de existir falta de coordinación de los beneficios, o si el pago es realizado directamente al paciente o si los servicios son considerados médicamente no necesarios, el pago podría ser rechazado por mi aseguradora y yo podría ser totalmente responsable de dicho pago. También comprendo que soy responsable de confirmar la información sobre beneficios y cobertura proporcionada por mi aseguradora a la Compañía. Además comprendo y acepto que el componente técnico de mi examen será enviado a un neurólogo para que emita el componente profesional, y dicho neurólogo emitirá factura por los servicios de interpretación profesional que preste.

**Divulgación de información:** Por este medio solicito y autorizo a la Compañía, médico que receta, hospital y cualquier otra persona que posea información relevante a los servicios prestados por la Compañía, a que divulgue información contra solicitud a las fuentes de pago, médicos o cualquier otro personal o agencia médica involucrada en los servicios prestados por la Compañía. También autorizo a la Compañía a revisar el historial médico y la información del pagador con el fin de proveerme los servicios.

**Comunicación vía correo electrónico/teléfono:** Doy mi consentimiento para que la Compañía se comunique conmigo vía correo electrónico personal y/o llamadas telefónicas y/o mensajes de texto. Comprendo que puedo pedir en cualquier momento que estas opciones se den de baja.

**Consentimiento para grabar video y audio:** Doy mi consentimiento para que se hagan grabaciones de video y audio para uso en los servicios proporcionados por la Compañía. Autorizo que dichas grabaciones sean puestas a la disposición de profesionales médicos conforme sea necesario para completar el componente profesional del examen diagnóstico.

**Hojas informativas para pacientes:** Hago constar que he recibido una copia de las Hojas informativas para pacientes con la Declaración de derechos y responsabilidades del paciente, la Denuncia de quejas/reclamaciones y el Aviso de las prácticas de privacidad. Hago constar que la información proporcionada en las hojas informativas me ha sido explicada y comprendo la información.

**Declaración de voluntad anticipada:** \_\_\_\_\_ **SÍ** tengo o \_\_\_\_\_ **NO** tengo una Declaración de voluntad anticipada, marque la opción correcta.

**Denuncia de quejas/reclamaciones:** Hago constar que he sido informado acerca de los procedimientos para presentar quejas/reclamaciones en caso de estar insatisfecho con alguna parte de los servicios que se me presten. Comprendo que puedo presentar quejas/reclamaciones en cualquier momento sin temor a represalias o discriminación.

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma de padre/madre, si el Paciente es un menor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

si el Paciente es un menor, es requerida la firma de alguno de los padres, tutor o representante legal.

Nombre en letras \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Firma del representante legal del Paciente, cuando corresponda \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Si un paciente adulto no es competente para tomar sus propias decisiones médicas, es requerido un Poder de representación médica, o su equivalente.

Nombre en letras \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Tech  
Initials

**PLAN OF SERVICE**

Perform the patient assessment, review the service(s) prescribed by the physician and provide patient education of Electroencephalogram and/or Electrocardiogram and instructions for obtaining follow-up services and study results. Provide an opportunity to answer any additional questions the patient or the patient's representative may have regarding this authorization or the services. Proceed to conduct the ordered services.

Technologist Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Printed Name \_\_\_\_\_



## TRASPASO DE BENEFICIOS Y PAGO, AUTORIZACIÓN DE PAGO Y/O DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE AUTORIZADO DEL PACIENTE

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Dirección del Paciente \_\_\_\_\_

En conexión y a cambio de todos y cada uno de los servicios diagnósticos de electroencefalogramas y/o electrocardiogramas que me sean prestados por, o a través de, Alliance Family of Companies, LLC y/o sus subsidiarias y/o afiliadas, quien opera bajo la denominación comercial Stratus (la "Compañía") y a cambio de que la Compañía presente directamente los reclamos de servicios en mi nombre:

\_\_\_\_\_  
(Iniciales) **Traspaso de Beneficios y Pagos:** Por este medio irrevocablemente cedo a la Compañía todos mis derechos a mis planes de seguro, planes de prestaciones médicas o cualquier otra fuente de pago en concepto de cobertura de salud o médica de cualquier tipo, incluyendo a título enunciativo más no limitativo, planes comerciales, privados, gubernamentales, administrados y de la Ley de seguridad de los ingresos de jubilación para los empleados—ERISA (por sus siglas en inglés) (colectivamente los "Planes de Salud"), según lo permitido por contrato y por ley, relacionados de cualquier manera con la determinación de beneficios y pago por los servicios realizados y/o que me sean prestados por la Compañía.

Este traspaso específicamente incluye, pero no se limita a, el derecho de la Compañía a presentar un reclamo por los servicios directamente ante mis Planes de Salud, a recibir directamente el pago por dichos servicios emitido por mis Planes de Salud, a comunicarse con mis Planes de Salud y proporcionarles antecedentes médicos y documentos para obtener la consideración y reconsideración del pago, a procurar redeterminaciones de reclamos denegados por mis Planes de Salud, a apelar reclamos denegados por mis Planes de Salud por servicios de la Compañía, a solicitar y recibir documentos de mis Planes de Salud, a procurar y tener derecho a recibir intereses y multas por pagos insuficientes y pagos atrasados de mis Planes de Salud y a presentar reclamos y/o entablar acciones legales (mediaciones, arbitrajes y demandas judiciales, según corresponda) contra mis Planes de Salud en relación con beneficios en disputa, reclamos denegados y/o problemas relacionados con pagos, a discreción de la Compañía.

Si mi Plan de Salud, la ley o la interpretación de la ley impide la cesión de cualquier parte y/o la totalidad de los beneficios y pagos establecidos anteriormente:

\_\_\_\_\_  
(Iniciales) **Autorización de Pago:** Por este medio irrevocablemente autorizo a la Compañía a presentar en mi nombre ante mis Planes de Salud el reclamo por los servicios que se me hayan prestado, y además irrevocablemente autorizo y solicito que mi Plan de Salud pague directamente a la Compañía dichos servicios que se me hayan proporcionado en virtud de mis Planes de Salud.

\_\_\_\_\_  
(Iniciales) **Designación de Representante Autorizado:** Asimismo, nombro voluntariamente a la Compañía como mi representante debidamente autorizado, a quien le otorgo poder absoluto y autoridad legal, para comunicarse con mi Plan de Salud y proporcionarle historial médico con información y documentos protegidos de salud para obtener consideración y reconsideración del pago por los servicios realizados, procurar redeterminaciones de reclamos denegados por mis Planes de Salud por los servicios de la Compañía, apelar los reclamos denegados por mis Planes de Salud por los servicios de la Compañía, solicitar y recibir los documentos de mi Plan de Salud, procurar y tener derecho a recibir intereses y multas por pagos insuficientes y pagos atrasados de mi Plan de Salud y presentar reclamos y/o entablar acciones legales (mediaciones, arbitrajes y demandas judiciales, según corresponda) contra mi Plan de Salud en relación con beneficios en disputa, reclamos denegados y/o problemas relacionados con el pago, a discreción de la Compañía.

La designación anterior de representante autorizado permanecerá vigente durante un periodo de dieciocho (18) meses.

Sin embargo, comprendo que puedo voluntariamente revocar mi designación de representante autorizado en cualquier momento mediante la notificación por escrito de mi revocación de dicha designación tanto a la Compañía como a mis Planes de Salud.

Además, comprendo que una revocación por escrito no tendrá efecto alguno en acciones que hayan sido tomadas por la Compañía o mis Planes de Salud previo a la recepción y proceso de la revocación escrita.

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Madre, si el Paciente es un menor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

*Si el paciente es un menor, es requerida la firma de uno de los padres, tutor legal u otro representante legal.*

Nombre en letras \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Firma del representante legal del Paciente, si corresponde \* \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

*Si un paciente adulto no es competente para tomar sus propias decisiones médicas, será necesario un Poder de Representación Médica o equivalente.*

Nombre en letras \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

*(\*En caso de representante legal, sírvase adjuntar una copia de la autorización legal; por ej., poder, constancia de tutela, etc.)*

# STRATUS

## DECLARACIÓN DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

*Los pacientes tienen derechos específicos, así como responsabilidades, que son respetados y observados por Alliance Family of Companies, LLC y/o sus subsidiarias y/o afiliadas, quien opera bajo la denominación comercial Stratus (la "Compañía"). A continuación le proporcionamos información sobre sus derechos y responsabilidades, según los cuales usted tiene derecho a:*

- Ser plenamente informado con anticipación sobre la atención/servicios que le serán proporcionados, incluyendo las disciplinas para los cuidados y la frecuencia de las visitas, así como modificaciones al plan de atención
- Ser informado con anticipación sobre la atención que se le prestara y los cargos, incluyendo el pago por la atención/servicios previstos a ser proporcionados por terceros y los cargos por los cuales el cliente/paciente será responsable
- Recibir información sobre el alcance de los servicios que la organización le proporcionará y limitaciones específicas de dichos servicios
- Rechazar la atención o el tratamiento después de que se le hayan presentado a totalidad las consecuencias de rechazar la atención o el tratamiento
- Ser tratado, tanto usted como sus pertenencias, con respeto, consideración y reconocimiento a la dignidad e individualidad del cliente/paciente
- Poder identificar a los miembros del personal mediante la identificación adecuada
- No ser víctima de maltrato, negligencia ni abuso verbal, mental, sexual y físico, incluyendo lesiones de origen desconocido y malversación de la propiedad del cliente/paciente.
- Expresar quejas/reclamaciones relacionadas con el tratamiento o atención, falta de respeto a la propiedad o recomendar cambios en las políticas, personal o atención/servicios sin restricciones, discriminación o represalias
- Expresar quejas/reclamaciones relacionadas con el tratamiento o cuidados que le sean (o no le sean) proporcionados, o falta de respeto a la propiedad investigada
- Confidencialidad y privacidad con respecto a toda la información contenida en el historial del cliente/paciente y la Información Médica Protegida
- Ser informado sobre las políticas y procedimientos institucionales relacionados con la divulgación de historial clínico
- Elegir un proveedor de atención médica
- Recibir la atención apropiada sin discriminación de acuerdo con las órdenes del médico
- Ser informado acerca de todos los beneficios financieros al ser referido a una organización
- Ser plenamente informado sobre sus derechos y responsabilidades

## DENUNCIA DE QUEJAS/RECLAMACIONES

*Usted puede presentar una queja en cualquier momento, sin temor a represalias o discriminación, cuando no esté satisfecho, o referente al nivel de servicio prestado por nuestra organización.*

Para presentar una queja o reclamación por los servicios de electroencefalograma/electrocardiograma (EEG/EKG), por favor llame al **469-995-8416, ext. 1** y solicite hablar con el Coordinador de Servicios a Pacientes EEG/EKG, quien podrá brindarle asistencia. Si siente que su queja no es resuelta a satisfacción en los 5 días hábiles siguientes, puede entablar una queja formal por escrito y enviarla al Departamento de Reclamaciones a la dirección provista a continuación. Recibirá una respuesta por escrito en el periodo de 14 días hábiles siguientes a la recepción de su queja.

Oficina Corporativa: Stratus  
4545 Fuller Drive, Suite 100  
Irving, Texas 75038  
469-995-8416

# AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD - STRATUS

ESTE AVISO DESCRIBE LA MANERA EN QUE PUEDE SER USADA Y DIVULGADA SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ELLA. POR FAVOR REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

*Si tiene alguna duda sobre este Aviso, por favor comuníquese con nuestro Oficial de Privacidad al número indicado al final de este Aviso.*

Cada vez que usted visita a un proveedor de atención médica, se crea un registro de la atención recibida. Generalmente, este registro contiene información médica tal como sus síntomas, examen, resultados de pruebas, diagnóstico, tratamiento y/o plan de tratamiento, así como información relacionada con la facturación. Esta información es considerada Información médica protegida (PHI por sus siglas en inglés).

Este Aviso tiene el propósito de informarle sobre las maneras en que podemos utilizar y compartir su información médica y cumplir con la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA por *Health Insurance Portability and Accountability Act*). También describe sus derechos y ciertas obligaciones con respecto a su información médica, y aplica a todos los registros médicos generados para nuestra organización por su(s) proveedor(es) de atención médica.

## **Nuestras responsabilidades**

Alliance Family of Companies, LLC y/o sus subsidiarias y/o sus afiliadas, quien opera bajo la denominación comercial Stratus (la "Compañía") está obligada a mantener la privacidad de su información médica y brindarle una descripción de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad en relación con información médica que recabemos y conservemos acerca de su salud.

Estamos obligados por ley a obedecer los términos de este Aviso y notificarle cualquier cambio a los mismos. Nos reservamos el derecho de hacer cambios al Aviso y hacer efectivas las nuevas disposiciones para toda la información médica protegida que mantenemos. Puede encontrar copias de nuestro Aviso en el paquete que entregamos a los pacientes, nuestras instalaciones y nuestro sitio Web.

## **Cómo podemos usar y compartir información médica sobre usted**

A continuación, se describen ejemplos de la manera en que podemos usar y compartir información médica:

**Para el tratamiento:** Podemos usar información médica acerca de usted para proporcionar, coordinar y administrar su tratamiento o servicios. Podemos compartir información médica sobre usted con otros profesionales de atención médica tales como médicos, enfermeros, técnicos, laboratorios clínicos, centros de diagnóstico por imagen, estudiantes médicos o demás personal involucrado en su atención.

Podemos comunicar su información mediante diversos métodos, de manera oral, por escrito, facsímil y comunicaciones electrónicas.

También podemos proporcionar a otros profesionales de atención médica que contribuyan en su cuidado, copias de diversos informes e información que los ayude y asegure que tengan la información apropiada relativa a su plan y diagnóstico de condición/tratamiento.

**Para el pago:** Podemos usar y compartir información médica sobre su tratamiento y servicios para fines de facturación y cobro hecho a usted, su compañía de seguro o terceros encargados del pago. Ejemplos de ello pueden incluir ponernos en contacto con su compañía de seguro para obtener referencias, verificación o aprobación previa de los servicios cubiertos.

**Para las operaciones de atención médica:** Podemos usar o compartir, en la medida necesaria, su información médica para apoyar nuestras actividades comerciales. Estas actividades pueden incluir, más no están limitadas a, evaluaciones de calidad, actividades de revisión de desempeño de empleados, licencias, asesoría legal, soporte contable, soporte de sistemas de información y realización u organización de otras actividades comerciales. Podemos comunicarnos con usted para recordarle su cita vía correo electrónico personal y/o llamadas telefónicas y/o mensajes de texto, salvo cuando solicite que se le excluya de ello.

**Socios comerciales:** Proporcionan servicios para nuestra organización mediante contratos y/o acuerdos de servicio escritos. Entre estos servicios se incluye soporte en la facturación, cobro y software. Podemos compartir su información médica con un socio comercial para que el mismo pueda desempeñar los servicios que le hemos solicitado, tales como facturar a un tercero responsable del pago por los servicios prestados. El socio comercial también está obligado por ley a proteger y resguardar su información médica, lo cual está claramente definido en nuestros Contratos de Socios Comerciales, así como en los contratos y acuerdos de servicio escritos.

**Notificación en caso de filtración:** En el caso de que se identifique una filtración de información médica protegida (PHI) no resguardada por parte de nuestra organización o alguno de nuestros socios comerciales, usted será notificada en el periodo de 60 días siguiente a la filtración. Adicionalmente a la notificación individual que le daremos, podríamos estar obligados a cumplir con otros requisitos de información establecidos por agencias estatales y federales.

## **Usos y divulgaciones que podemos hacer con su consentimiento, autorización o posibilidad de objeción**

No usaremos ni divulgaremos información sin su autorización por escrito, salvo como se describe en este Aviso o según lo dispuesto por las leyes correspondientes. Se requiere autorización por escrito para la mayoría de usos y divulgaciones relativas a notas de psicoterapia; información médica protegida para propósitos de mercadeo salvo que hablemos con usted, y divulgaciones que puedan constituir una venta de la información médica protegida. Si usted proporciona una autorización para usar o compartir información médica acerca de usted, podrá revocar dicha autorización por escrito en cualquier momento. Si usted revoca su autorización, dejaremos de usar y compartir información médica sobre usted por las razones cubiertas en su autorización escrita. Sin embargo, será imposible revertir las divulgaciones que ya hayamos hecho con su autorización.

**Individuos involucrados en su atención o pago por su atención:** Salvo que usted exprese objeción, podemos divulgar información médica sobre usted a amigos o familiares que estén involucrados en su atención médica o ayuden a pagar por su atención. Adicionalmente, podemos divulgar información médica sobre usted a cualquier entidad de ayuda que brinde socorro en casos de desastre para que su familia pueda ser notificada sobre su condición, estado y localización.

**Comunicaciones futuras:** Podemos comunicarnos con usted vía boletines informativos, correos u otros medios en relación con opciones de tratamiento e información sobre beneficios o servicios de salud; para recordarle citas; o en relación con iniciativas comunitarias o actividades para incluir iniciativas de recaudación de fondos o mercadeo limitado en las que participe nuestro establecimiento. Usted tiene la opción de darse de baja en cualquier momento si no está interesado en recibir estas Comunicaciones; por favor comuníquese con nuestro Oficial de Privacidad.

Las iniciativas de mercado y recaudación de fondos, en su caso, son limitadas y podrían requerir una autorización por separado.

## **Usos y divulgaciones que podemos hacer sin su autorización o posibilidad de objeción**

En las siguientes situaciones, podemos usar o divulgar su información médica sin su autorización o sin proporcionarle posibilidad de objeción. Estas situaciones incluyen:

**En instancias que lo exija la ley:** Podemos usar y compartir información médica con los siguientes tipos de entidades, incluyendo a título enunciativo más no limitativo:

- La Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos
- Autoridades legales o de salud pública encargadas de la prevención o control de enfermedades, lesiones o discapacidades
- Instituciones correccionales
- Agentes de Compensación a los Trabajadores
- Organizaciones de donación de órganos y tejido
- Autoridades de mando militar
- Agencias de supervisión de la salud
- Directores de funerarias, médicos examinadores y forenses
- Agencias de seguridad e inteligencia nacional
- Servicios de protección para el presidente y otros
- Autoridad encargada de recibir denuncias sobre abuso y negligencia

Si usted no está presente, o es incapaz de consentir u objetar al uso o divulgación (por ej., en una situación de emergencia), entonces su proveedor de atención médica puede, haciendo uso de su criterio profesional, determinar si la divulgación es en su mejor interés. En este caso, únicamente la información relevante a su atención médica será compartida.

**Aplicación de la ley/procedimientos legales:** Podemos divulgar información médica para fines de aplicación de la ley y según lo exigido por la ley o en respuesta a una citación u orden judicial válida.

**Requisitos estatales específicos:** Muchos estados tienen requisitos de información que pueden incluir actividades basadas en la población relacionadas con el mejoramiento de la salud o reducción de costos de la atención médica, registros de cáncer, registros de defectos de nacimiento y otros.

## **Sus derechos a información médica**

Aunque sus registros médicos son propiedad física de la organización que recopila la información, usted tiene el derecho a:

**Inspeccionar y copiar:** Usted y/o su representante personal tienen el derecho a inspeccionar, revisar y recibir una copia de su información médica. Contamos con copias electrónicas disponibles, lo que puede incluir diversos medios electrónicos tales como un portal del paciente u otros arreglos razonables solicitados. Podemos rechazar su solicitud de inspección o copias en circunstancias limitadas, incluyendo notas de psicoterapia o información recopilada, en anticipación razonable de acciones o procesos civiles, criminales o administrativos, o para uso en los mismos. Si se le niega acceso a información médica, puede solicitar la revisión de dicha medida.

Las solicitudes de copias y/o revisión deben ser presentadas por escrito ante la Compañía. Se cobrará un cargo por las copias y reproducciones de los medios portátiles (CD, DVD, USB) correspondientes hasta la cantidad máxima permitida por la ley vigente.

**Modificar:** Si usted siente que la información médica que tenemos es incompleta o incorrecta, puede solicitarnos que modifiquemos la información presentando una solicitud por escrito con la razón que respalde el cambio solicitado. Se le notificará la decisión a su solicitud por escrito en los 60 días siguientes.

**Un recuento de divulgaciones:** tiene el derecho a solicitar un recuento de divulgaciones que hayamos hecho de su información médica; la lista no incluirá divulgaciones para llevar a cabo el tratamiento, operaciones de pago y atención médica. La Compañía le proporcionará el primer recuento de divulgaciones hechas en un periodo de 12 meses sin ningún cargo, al recibir su solicitud por escrito. El costo de solicitudes posteriores en el mismo periodo de 12 meses será por una cantidad no mayor a la máxima permitida por la ley vigente.

**Solicitar restricciones:** Tiene el derecho a solicitar una restricción o limitación en el uso o divulgación que hagamos de su información médica para el tratamiento u operaciones de pago o atención médica. **Restricciones de su plan médico (compañía de seguro):** Tiene el derecho a solicitar que restrinjamos divulgación de su información médica a su plan de salud por servicios cubiertos; siempre que la divulgación no sea obligatoria en virtud de otras leyes y los servicios sean pagados en su totalidad por usted. **Otras Restricciones, Información Limitada:** También tiene el derecho a solicitar y limitar cualquier información médica que divulguemos sobre usted a alguien que pueda estar involucrado en su atención o el pago de su atención, tal como un familiar o amigo. Sírvase presentar estas solicitudes por escrito.

Es posible que no aceptemos o no estemos obligados a aceptar su(s) solicitud(es) por razones específicas; si esto ocurriera, se le informará el motivo (o motivos) por los que no aceptamos.

**Solicitar comunicaciones confidenciales:** Tiene el derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted en lo concerniente a asuntos médicos de cierta manera o en cierto lugar. Aceptaremos la solicitud en la medida que sea razonable para nosotros ejecutarla. Por ejemplo, usted puede solicitar que usemos un número telefónico o dirección de correo alternos. Sírvase presentar estas solicitudes por escrito. Las solicitudes de comunicación por correo electrónico, en su caso, podrían requerir una autorización por separado.

Para ejercer cualquiera de sus derechos, por favor presente su solicitud por escrito ante el oficial de privacidad de la organización indicado abajo.

## **Para obtener más información o reportar un problema**

Si tiene alguna duda y desea más información, por favor comuníquese con el Oficial de Privacidad. Si cree que sus derechos de privacidad (o los de alguien más) han sido violados, puede presentar una queja ante el Oficial de Privacidad al número de contacto presentado a continuación o ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos llamando al 800-368-1019. Puede también encontrar instrucciones adicionales para presentar una queja en [www.hhs.gov/ocr](http://www.hhs.gov/ocr). Todas las quejas deben ser presentadas por escrito en los 180 días siguientes a haberse enterado de la acción u omisión y no habrá represalias por presentar una queja.

Oficial de Privacidad: Oficial de Cumplimiento  
Número de Teléfono: 469-995-8416

Oficina Corporativa: Stratus  
4545 Fuller Drive, Suite 100  
Irving, Texas 75038

**Fecha de entrada en vigor: 1 de septiembre de 2013 rev. 9.2020**