

Privacy / HIPAA Related Concerns Form

Formulario de preocupaciones de privacidad/relacionadas con la HIPAA

Please Review Prior to Completing: This form can be used to submit a Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) concern to Concentra®. Concerns can also be provided directly to leadership at the Concentra medical center where you received services, or you can contact the HIPAA Hotline at 800-819-5571 to express your concern. For non-privacy related customer service matters, please contact the Concentra Customer Care line at 1-866-944-6046.

Reviselo antes de completarlo: Este formulario se puede utilizar para enviar una preocupación relacionada con la Ley sobre la Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) a Concentra®. También puede dirigir las preocupaciones directamente a los directivos del centro en donde recibió servicios o puede llamar a la línea directa de la HIPAA al 800-819-5571 para expresar su preocupación. Para asuntos de servicio al cliente no relacionados con la privacidad, comuníquese con la línea de Atención al Cliente de Concentra al 1-866-944-6046.

Patient Name: _____
Nombre del paciente Last/Apellido First/Primer nombre Middle Initial/ Inicial del segundo nombre Maiden or Other Name/Nombre de soltera u otro

Date of Birth: _____ Medical Record Number: _____ Phone Number: _____
Fecha de nacimiento: Número de expediente médico: Número de teléfono:

Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____
Dirección: Ciudad: Estado: Código postal:

Concentra Medical Center Visited: _____
Centro médico de Concentra que visitó:

The concern involves:

- My privacy rights (example: Access/Authorization, Amendment, Restriction, or Disclosure)
- Inappropriate handling of protected health information (PHI)
- Other: _____

Si su preocupación involucra:

- Mis derechos de privacidad (ejemplo: acceso/autorización, enmienda, restricción o revelación)
- Manejo inadecuado de información médica protegida (Protected Health Information, PHI)
- Otro: _____

Tell us about the privacy issue you want to report:
Cuéntenos el problema de privacidad que desea notificar: _____

Date of incident (if applicable): _____
Fecha del incidente (si corresponde): _____

Name of Concentra employee(s) (if applicable): _____
Nombre de los empleados de Concentra (si corresponda): _____

For the most efficient processing

Submit the completed form directly to the Concentra medical center where you received services. Our Location Finder tool on Concentra.com has contact information (phone number, fax number, mailing address) for Concentra's medical centers. You may also submit your request to the Privacy Office:

By mail/Por correo postal:
Concentra Privacy Office
4714 Gettysburg Road
Mechanicsburg, Pennsylvania 17055

By fax/Por fax:
214-775-4408

By email/Por correo electrónico:
privacyoffice@concentra.com

Para procesarlo de la forma más eficiente:

Envíe el formulario completado directamente al centro médico de Concentra donde recibió los servicios. Nuestra herramienta Location Finder (Localizador de centros) en Concentra.com tiene la información de contacto (teléfono, fax, dirección de correo postal) de los centros médicos de Concentra. También puede enviar la solicitud a la Oficina de Privacidad:

Signature of Individual/Firma de la persona Date/Fecha **Or** Signature of Personal Representative/Firma del representante personal Date/Fecha

Relationship to Individual/Relación con la persona

FOR INTERNAL USE ONLY

Facility: Refer to applicable internal procedure. Contact the Concentra Privacy Office with questions.

Name of Leadership Colleague Addressing This Matter: _____ Title: _____ Date: _____

Facility: _____ Phone Number: _____ Date Submitted Via Privacy Tool to Privacy Office: _____