**BÁO CÁO KHIẾU NẠI**

Ngày hôm nay:

Tất cả thông tin có thể được gửi ẩn danh, không buộc phải điền những thông tin mà không muốn.

|  |  |
| --- | --- |
| Tên (Không buộc):: | MR#: |
| Địa Chỉ: | Số Phone: |

Nếu quý vị điền khiếu nại này cho người khác, xin điền tên và địa chỉ của người mà quý vị địa diện điền đơn.

Tên:

Địa Chỉ:

Xin mô tả chi tiết bản chất của đơn khiếu nại, bao gồm ngày hoặc các ngày xảy ra (các) vụ việc, và tên hoặc tên của bất kỳ nhân viên / thành viên tình nguyện nào của SMLC và các nhân chứng khác (đính kèm thêm giấy nếu cần):

Người tham gia hoặc Người đại diện hợp pháp ký tên Ngày

Send To: Privacy Officer

805 S. Northshore Dr.

Knoxville, TN 37919

Fax: (865) 766-2650

Quan hệ (nếu không phải là Bệnh Nhân)

**For Internal Use Only**

Manager’s acknowledgment of receipt Print Name:

Date received: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature:

Process of Investigation:

Formal Action Taken/Resolution:

Privacy Office Comments:

Privacy Officer Signature \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Place in HIPAA Log Binder*