



Oficina de atención de VIH (OHC)
Queja/reclamo
Autorización para la divulgación de información

Nombre del cliente	
Dirección y teléfono	
Motivo de la queja	
Agencia/agencias involucradas	

Marque todas las que correspondan:

Autorizo a la Oficina de atención de VIH a:

- Divulgar información que he brindado y que está relacionada a mi queja/reclamo a la agencia o agencias involucradas.

Solicito que la Oficina de atención de VIH:

- Mantenga toda la información relacionada con mi queja/reclamo confidencial y *no* la comparta con la agencia/agencias involucradas.

Autorizo a la agencia/agencias mencionadas anteriormente a:

- Divulgar cualquier información relacionada con mi queja/reclamo a la Oficina de atención de VIH.

Solicito a la agencia/agencias mencionadas anteriormente que:

- Mantengan toda la información relacionada con la queja/reclamo confidencial y *no* la compartan con la Oficina de atención de VIH.

Firme e indique la fecha a continuación, luego envíela lo antes posible por fax a la atención de **Grievances al 510-268-7631**. También puede enviar este formulario por correo electrónico a hivinfo@acgov.org

Si tiene alguna pregunta llame al **510-268-7630**

Firma del cliente _____ Fecha _____

Firma del personal de OHC _____ Fecha _____