



SOLICITUD DE ACCESO A INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Use este formulario para solicitar una copia de su información médica protegida (Protected Health Information, PHI) contenida en un conjunto de expedientes designado que conserve Blue Cross and Blue Shield of Texas o uno de sus socios. Si necesita ayuda para rellenar este formulario, comuníquese con Servicio al Cliente al número en su tarjeta de asegurado. Rellene el formulario en su totalidad.

AL RELLENARLO Y FIRMARLO, ENVÍELO POR CORREO A LA SIGUIENTE DIRECCIÓN:
Blue Cross and Blue Shield of Texas, PO Box 660044, Dallas, TX 75266-0044
OCA_SSD@bcbstx.com

Sección A Proporcione información de la persona para quien se solicita el acceso.

nombre _____ apellido _____ n.º de grupo _____
n.º de seguro social _____ fecha de nacimiento _____ n.º de asegurado _____
domicilio _____ ciudad _____ estado _____ código postal _____
código de área y teléfono _____

Sección B Marque con una "X" los cuadros correspondientes a los expedientes que desea inspeccionar o de los que desea obtener una copia, e indique fechas específicas.

Registros de la cobertura	Del:	al:	Expedientes	Del:	al:
<input type="checkbox"/> Solicitud, suscripción o registro de estados de cuenta del médico que le atiende	_____	_____	<input type="checkbox"/> médicos	_____	_____
<input type="checkbox"/> Pago de primas o historial de facturación (si aplica)	_____	_____	<input type="checkbox"/> dentales	_____	_____
			<input type="checkbox"/> de medicamentos recetados	_____	_____
			<input type="checkbox"/> del cuidado de la vista	_____	_____
			<input type="checkbox"/> de salud mental	_____	_____

Esta solicitud NO es válida para la divulgación de apuntes psicoterapéuticos ni de los registros telefónicos que no sean parte del conjunto de expedientes designado.

Sección C Marque con una "X" los cuadros apropiados para indicar quién y en qué formato desea recibir o examinar su información.

Envíen mi información médica protegida a: (seleccione solamente una)

- Mí
- Un tercero designado: Solicito que Blue Cross and Blue Shield of Texas envíe mi información médica protegida (según se especifica en la Sección B de esta solicitud) directamente al tercero designado a continuación.
nombre _____ domicilio _____
ciudad _____ estado _____ código postal _____ teléfono _____

Formato/método de divulgación: (seleccione solamente una)

- Enviar copia electrónica. Aviso: A menos que se indique lo contrario, la información se enviará en formato seguro (codificado) al correo electrónico a continuación. Correo electrónico: _____
- Enviar copia impresa de la información por correo postal de los EE. UU.
- Ver en persona. Entiendo que se comunicarán conmigo o con quien yo designe para concertar una cita.

Sección D Firma:

Este documento tiene que estar firmado por el interesado, uno de los padres del menor o por el representante autorizado del solicitante.

Solicito que Blue Cross and Blue Shield of Texas brinde acceso a mi información médica protegida según se ha especificado. Entiendo que solo puedo firmar por una persona menor de 18 años, a menos que se presenten pruebas de tutela.

Firma _____ Fecha: mes/día/año _____

Sección E Si un representante autorizado firma la Sección D, proporcione la siguiente información.

Si firma con capacidad de un poder notarial, tutor, albacea o administrador, adjunte una copia de los documentos legales correspondientes. NO es necesario adjuntar copias de estos documentos si ya constan en los archivos de Blue Cross and Blue Shield of Texas.

nombre del representante autorizado _____
parentesco con la persona que solicita la información _____
domicilio del representante autorizado _____ ciudad _____
estado _____ código postal _____ código de área y teléfono del representante autorizado _____
correo electrónico del representante autorizado (si tiene) _____

Queda estrictamente prohibido modificar el formato, el contenido o la marca comercial de este formulario sin previa autorización del Departamento de Asuntos de Privacidad (Privacy Office).