BlueCross BlueShield of Texas

# SOLICITUD DE REPORTE DE DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Con este formulario puede solicitar un reporte de cómo se divulgó su Información médica protegida (Protected Health Information, PHI, en inglés) por parte de Blue Cross and Blue Shield of Texas o sus Socios. Ese reporte no incluirá esas divulgaciones exentas de reportarse conforme a las leyes aplicables. Usted tiene derecho a recibir un Reporte de divulgación para un período de doce (12) meses sin costo. Blue Cross and Blue Shield of New Texas pudiera cobrarle una cuota para procesar solicitudes adicionales que se reciban dentro de ese período. Si necesita ayuda para llenar este formulario, comuníquese con Servicio al Cliente al número que se encuentra en su tarjeta de asegurado. Llene todo el formulario.

DESPUÉS DE LLENARLO Y FIRMARLO, ENVÍELO POR CORREO A:

**Blue Cross and Blue Shield of Texas**
**PO Box 660044**
**Dallas, TX 75266-0044**
**OCA_SSD@bcbstx.com**

**Sección A** Identifique a la persona para la cual se solicita un reporte de divulgaciones de Información médica protegida.

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 _____ correo electrónico (si tiene) _____

**Sección B** Indique el período de tiempo para el cual se solicita el reporte. Aviso: El período de tiempo no puede exceder seis (6) años antes de la fecha en que se solicita el reporte.

Del: mes/día/año _____ Al: mes/día/año _____

**Sección C** Firma:
Este documento tiene que estar firmado por el interesado, uno de los padres de un menor o por el Representante Personal del solicitante.

Yo solicito que Blue Cross and Blue Shield of Texas proporcione un reporte de cómo se ha divulgado mi Información médica protegida según se ha especificado anteriormente en la Sección B. Yo entiendo que solo puedo firmar por una persona menor de los 18 años; y que solo puedo firmar por un menor que sea mayor de los 18 años, siempre y cuando se compruebe la tutela.

Firma _____ Fecha: mes/día/año _____

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

Si firma con capacidad de un poder notarial, tutor, albacea o administrador, adjunte una copia de los documentos legales. **NO** tiene que 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 de HCSC (HCSC Privacy Office).**