



# SOLICITUD DE RESTRICCIÓN

Use este formulario para solicitar restricciones en la manera en que Blue Cross and Blue Shield of Texas usa o divulga su información médica protegida (Protected Health Information, PHI) ya sea para tratamientos, pagos o propósitos de operaciones de atención médica, o para compartir dicha información a un familiar, un pariente u otra persona que esté involucrada en sus cuidados.

Este formulario también se puede usar para cancelar una solicitud de restricción que se ha aprobado anteriormente.

Rellene el formulario en su totalidad.

NO USE ESTE FORMULARIO PARA SOLICITAR UN CAMBIO DE DOMICILIO.

Si necesita ayuda para rellenar este formulario, o si desea notificarnos sobre un cambio de domicilio, comuníquese con Servicio al Cliente al número en su tarjeta de asegurado.

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](mailto:OCA_SSD@bcbstx.com)**

## Sección A Solicitud o cancelación de restricción.

¿Desea cancelar una solicitud de restricción que se ha aprobado anteriormente? Si responde "Sí", complete la Sección B y prosiga a la Sección D. Si responde "No", rellene el formulario en su totalidad.

Sí Anote la fecha en la que desea cancelar la solicitud previa (mes/día/año): \_\_\_\_\_

No

## Sección B Proporcione la información de la persona para quien se solicita la restricción.

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 C Especifique qué información médica protegida desea restringir.

---

---

---

---

Explique cómo desea que se restrinja el uso y la divulgación de esta información:

---

---

---

---

Si aplica, indique si esta solicitud de restricción requiere que divulguemos su información médica protegida al administrador de su Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA, en inglés) o de su Cuenta de ahorros flexibles (FSA, en inglés):

Sí  No



**Si se aprueba la solicitud, tenga en cuenta lo siguiente:**

1. La solicitud solo aplica a su cobertura actual. Si la información sobre su cobertura cambiara, incluidos los números de grupo o de asegurado, o si hay algún cambio de beneficios o servicios médicos en su cobertura (por ej., si se añade una cobertura dental), debe presentar una nueva solicitud de restricción.
2. La solicitud se vencerá a los dieciocho (18) meses después de que su cobertura médica haya terminado.
3. Blue Cross and Blue Shield of Texas y sus Socios son responsables solamente por la información médica protegida designada en la Sección C.

**Sección D Firma**

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

Solicito que Blue Cross and Blue Shield of Texas restrinja el uso o la divulgación de mi información médica protegida según se ha especificado anteriormente en la Sección C. Entiendo que Blue Cross and Blue Shield of Texas no está obligado a estar de acuerdo con mi solicitud. Entiendo que recibiré una determinación por escrito sobre mi solicitud. Entiendo que, si estoy firmando en nombre de un menor, esta solicitud se vencerá cuando el menor cumpla los 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. **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.**