



**Blue Cross and Blue Shield of Texas  
Solicitud de registros del asegurado**

**Complete este formulario si desea consultar u obtener copias de sus registros de Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX) relacionados con su plan de salud. Luego, envíelo por correo o correo electrónico a una de las siguientes direcciones:**

**Blue Cross and Blue Shield of Texas  
P.O. Box 805106  
Chicago, IL 60680-4112  
OCA\_SSD@bcbstx.com**

**Parte A: Información sobre la persona cuyos registros solicita.**

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Número de identificación de asegurado: \_\_\_\_\_

Usted tiene derecho a consultar y obtener una copia de sus registros de BCBSTX relacionados con su plan de salud. Es posible que no pueda obtener una copia de lo siguiente:

- Notas de psicoterapia que hayamos archivado.
- Información que tengamos para usar en un tribunal de justicia.
- Información que no debamos brindarle según la ley.
- Algunos otros registros.

**Fecha(s):**

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

**Parte B: Marque una casilla a continuación para indicarnos qué registros desea consultar o de cuáles quiere copias.**

**Inscripción/anulación de la inscripción/facturación:** Se usan para inscribirse en un plan de salud o para abandonarlo. También se usan para aplicar primas.

**Administración médica/apelaciones de proveedores:** Se usan para aprobar los servicios con anticipación.

**Reclamaciones:** Registros que llevamos de las reclamaciones que se pagaron o rechazaron.

**Todos los archivos de apelaciones de asegurados:** Aquellos que se usaron en el proceso de apelación.

**Otros:** Enumere los registros.

---

**Parte C: Indique cómo quisiera obtener o consultar los registros que solicitó (marque la casilla que corresponda a continuación).**

Enviar mi PHI a: (seleccione solo uno)

Yo

Tercero designado: solicito que Blue Cross y Blue Shield of Texas envíen mi PHI como se especifica en la Sección B anterior directamente al tercero designado que se detalla a continuación.

Nombre	Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Número de teléfono
--------	-----------	--------	--------	---------------	--------------------

Formato / Forma: (seleccione solo uno)

Enviar copia electrónica. Nota: La información se enviará a la dirección de correo electrónico proporcionada a continuación a través de un correo electrónico seguro (encriptado) a menos que se especifique lo contrario. **Dirección de correo electrónico:**

Enviar copia en papel de la información a través del correo de los Estados Unidos

Ver en persona. Entiendo que nos pondremos en contacto con la persona designada para organizar esto.

Haremos copias para todas las personas que indique.

- Debe enviarnos un formulario de autorización (aprobación) firmado si desea que permitamos que alguna persona que no sea la que usted eligió como representante legal consulte u obtenga copias de sus registros.
- Podemos brindarle el formulario adecuado para esto. Llame al número de Servicio al Cliente que figura en su tarjeta de identificación de asegurado del plan de salud.

**Parte D: Firma del asegurado**

---

**Firma del asegurado**

---

**Fecha**

**Representante legal elegido o tutor**

Si el asegurado eligió a una persona para que firme este formulario en su nombre, esa persona debe completar los espacios a continuación. Adjunte la copia de un poder notarial para asuntos médicos, una orden judicial u otro documento que demuestre que esta persona puede actuar en nombre del asegurado.

Representante legal o tutor (nombre completo en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Vínculo legal con el asegurado: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Para obtener asistencia y servicios auxiliares, o para obtener interpretación oral o escrita para entender la información que se le brinda, lo que incluye materiales en formatos alternativos, como letra grande, braille u otros idiomas, llame al número de Servicio al Cliente de BCBSTX que se encuentra en la parte de atrás de su tarjeta del plan.

Blue Cross and Blue Shield of Texas cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo. Blue Cross and Blue Shield of Texas no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo.

Blue Cross and Blue Shield of Texas:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
  - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
  - Intérpretes capacitados.
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con Civil Rights Coordinator.

Si considera que Blue Cross and Blue Shield of Texas no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona: Civil Rights Coordinator, Office of Civil Rights Coordinator, 300 E. Randolph St., 35<sup>th</sup> floor, Chicago, Illinois 60601, 1-855-664-7270, TTY/TDD: 1-855-661-6965, Fax: 1-855-661-6960, [Civilrightscoordinator@hcsc.net](mailto:Civilrightscoordinator@hcsc.net). Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, Civil Rights Coordinator está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-710-6984 (TTY: 711).

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-710-6984 (TTY: 711).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-710-6984 (TTY: 711).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-710-6984 (TTY: 711)。

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-710-6984 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-855-710-6984 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-855-710-6984 (TTY: 711).

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-710-6984 (TTY: 711).

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-710-6984 (ATS: 711).

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-710-6984 (TTY: 711) पर कॉल करें।

اب. دشاب یم مهارف امش یارب ناگیار تروص هب ینابز تلایهست، دینک یم وگتفگ یسراف نابز هب رگا: هجوت 1-855-710-6984 (TTY: 711) دیریگب سامت.

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-855-710-6984 (TTY: 711).

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા છો, તો નિ:શુલક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-855-710-6984 (TTY: 711).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-710-6984 (телетайп: 711).

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-855-710-6984 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ໂດຍບໍ່ເສັຍຄ່າ, ຄວນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທສ 1-855-710-6984 (TTY: 711).