



**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 a la siguiente dirección:

**Blue Cross and Blue Shield of Texas
P.O. Box 805106
Chicago, IL 60680-4112**

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 debemos 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., 35th floor, Chicago, Illinois 60601, 1-855-664-7270, TTY/TDD: 1-855-661-6965, Fax: 1-855-661-6960, Civilrightscoordinator@hpsc.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.htm>

