



Formulario de solicitud de restricción de Blue Cross and Blue Shield of Texas

(Solicitud para limitar la forma en que usamos o compartimos su información médica protegida [PHI, en inglés]).

Complete este formulario si desea que limitemos la forma en que usamos o compartimos su PHI para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. También puede solicitarnos que limitemos la forma en que compartimos su PHI con las personas que lo cuidan o pagan su atención.

UNA VEZ QUE EL FORMULARIO ESTÉ COMPLETO Y FIRMADO, ENVÍELO POR CORREO O CORREO ELECTRÓNICO A:

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

- Tenga en cuenta que no estamos obligados a aceptar su solicitud.
- Si aceptamos, limitaremos la forma en que usamos o compartimos su PHI. Sin embargo, es posible que aún usemos o compartamos cierta PHI necesaria para tratamientos de emergencia o cuando lo establece la ley.
- Le enviaremos una carta para comunicarle nuestra decisión.

Si aceptamos limitar la forma en que usamos o compartimos su PHI:

- Puede escribirnos en cualquier momento para pedirnos que ya no limitemos la forma en que usamos o compartimos su PHI.
- Podemos enviarle una carta en cualquier momento para informarle que ya no estamos de acuerdo en limitar la forma en que usamos o compartimos su PHI.
 - Si usted está de acuerdo con nosotros, dejaremos de limitar la forma en que usamos o compartimos su PHI.
 - Si usted no está de acuerdo con nosotros, dejaremos de limitar la forma en que usamos o compartimos cualquier PHI que podamos haber obtenido después de la fecha en que dejamos de estar de acuerdo con respecto a su uso.

Si desea más información o tiene más preguntas, llame al número gratuito de Servicio al Cliente al xxx-xxx-xxx, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro.

Atentamente.

Blue Cross and Blue Shield of Texas

Blue Cross and Blue Shield of Texas, a Division of Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company, an Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

Si desea pedirnos que limitemos la forma en que usamos o compartimos su PHI, complete las partes A y B a continuación. Luego envíenos el formulario por correo postal.

Parte A: Información sobre la persona cuya PHI desea que limitemos

Nombre del asegurado: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____

Fecha de nacimiento: _____

Número de identificación del asegurado: _____

Parte B: Información detallada sobre qué PHI desea que limitemos

Parte C: Indique los límites que desea aplicar a su PHI.

Parte D: Firma del asegurado

Firma del asegurado

Fecha

Representante legal elegido o tutor

Si el asegurado ha elegido 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 para atención médica, 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@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 હો, 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, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທສ 1-855-710-6984 (TTY: 711).