



**BlueCross BlueShield  
of Texas**

Estimado/a asegurado/a:

**Necesitamos su aprobación para poder entregar sus registros a otras personas.  
Solo debe completar y firmar este formulario.**

Una persona o compañía solicitó que compartamos sus registros. Antes de hacerlo, necesitamos que complete el formulario que enviamos con esta carta y que lo envíe a la dirección que aparece en el formulario. En este formulario, nos informará quiénes pueden recibir sus registros.

**El formulario tendrá validez durante un año a partir de la fecha de la firma, a menos que usted nos pida que este tiempo sea menor.**

Asegúrese de completar el formulario en su totalidad. Conserve una copia como constancia. No modifique el formulario ni omita información. Si hay algún problema o tenemos dudas, podemos enviarle una carta o llamarlo.

Cuando recibamos el formulario firmado, lo procesaremos rápidamente. Si tiene preguntas, llame al número de Servicio al Cliente que aparece al dorso de su tarjeta de identificación de asegurado.

Atentamente.

Blue Cross and Blue Shield of Texas

Adjunto: Formulario de autorización para asegurados de Blue Cross and Blue Shield of Texas

**Esta página fue dejada en blanco deliberadamente.**

# Instrucciones del Formulario de autorización para asegurados de Blue Cross and Blue Shield of Texas

## PARTE A: Asegurado

- Escriba su apellido, nombre y la inicial del segundo nombre en letra de imprenta.
- Escriba su fecha de nacimiento de la siguiente manera: mm/dd/aaaa. Por ejemplo, si nació el 5 de octubre de 1960, debe escribir 10/05/1960.
- Escriba su dirección completa, ciudad, estado y código postal.
- Escriba un número de teléfono al que lo podamos llamar durante el día (incluya el código de área).
- **Número de identificación de asegurado**
  - Este número aparece en su tarjeta de identificación de asegurado.
- **Número de grupo**
  - Este número aparece en su tarjeta de identificación de asegurado. Si su tarjeta no tiene un número de grupo, deje esta parte en blanco.

This form must be filled out by a participant. It allows a person or company to see the participant's records. Please write in as much about yourself as you can. If you need help, see the letter that's with this form. It will show you how to fill out each part. Also, you can call the number on your participant ID card.

PART A: Participant			
Participant last name	Participant first name	Middle initial	Participant date of birth
Participant street address	City	State	ZIP code
Daytime phone number (with area code)	Participant ID number (see participant ID card)	Group number (see participant ID card)	

**PART B: PEOPLE OR COMPANIES WHO WILL GET MY RECORDS**

The people or companies listed and checked below have the right to see my records. (They must be 18 or older). Please check each box that applies. Write in first and last names.

<input type="checkbox"/> My spouse (first and last name)	<input type="checkbox"/> My parents (if you are over 18, write in first and last names)
<input type="checkbox"/> My adult children (first and last names)	<input type="checkbox"/> Other (First and last name if you have it. This could be a person or the name of company. Also write what this person or company has to do with you.)

**PART C: MY RECORDS**

I will let Montana HELP Program, administered by Blue Cross and Blue Shield of Montana (BCBSMT), share the records below (check only one box):

**All my health records.** All my health records. This can be records about your health, a diagnosis (name of illness or health problem), claims, names of doctors and other health care providers. Records also can be about money (like billing and banking). Checking this box won't let others see sensitive (very personal) records unless I agree to it below. **OR**

**Only some records** (check all that apply to you)

<input type="checkbox"/> Appeal	<input type="checkbox"/> Pre-certification and pre-authorization (for treatment approvals). This is when we give you an OK for a treatment.
<input type="checkbox"/> Benefits and coverage	<input type="checkbox"/> Referral (when your main doctor says it's OK to see a special doctor for certain treatment)
<input type="checkbox"/> Bills	<input type="checkbox"/> Treatment
<input type="checkbox"/> Claims and payment	<input type="checkbox"/> Dental
<input type="checkbox"/> Diagnosis (name of illness or health problem)	<input type="checkbox"/> Vision
<input type="checkbox"/> Eligibility	<input type="checkbox"/> Pharmacy
<input type="checkbox"/> Doctor and hospital	<input type="checkbox"/> Other: _____
<input type="checkbox"/> Doctor's records	
<input type="checkbox"/> Money areas	

I also will let BCBSMT share this type of sensitive (very personal) records below. Check all boxes that apply to you.

**All sensitive records below** **OR**

<input type="checkbox"/> Just some records about topics checked below:	<input type="checkbox"/> Being pregnant
<input type="checkbox"/> Abortion	<input type="checkbox"/> Mental health
<input type="checkbox"/> Abuse (sexual/physical/mental)	<input type="checkbox"/> Sexual diseases passed on to others
<input type="checkbox"/> Alcohol and drug abuse*	<input type="checkbox"/> Other: _____
<input type="checkbox"/> Testing of genes	
<input type="checkbox"/> HIV or AIDS	

\*I know that my alcohol and drug abuse records are protected under federal and state laws and rules. This form will keep these records private. No records can be given out without my saying so in writing. This is unless it says so in the laws and rules. I also know that I may take back the fact that I agreed to this at any time, or as stated below in Part E. I know that I cannot cancel this signed form after we have given out your health records.

## PARTE B: Personas o compañías que recibirán mis registros

- Marque el casillero de la persona o compañía que puede ver sus registros. También indique el nombre completo de la persona o compañía a la que le entregaremos los registros. No use palabras generales como “mi hija” o “mi hijo”. Es necesario que sea muy claro.
- Si marca “Otro”, aclare lo siguiente:
  - El primer nombre y el apellido (si lo conoce).
  - El nombre de la compañía (si corresponde a su caso). Y la relación que tienen con usted.

## PARTE C: Mis registros

- Indique qué registros nos permite entregar: todos o solo algunos.
- Si desea entregar todos sus registros, marque el primer casillero.
- Para entregar solo algunos registros, marque el segundo casillero.
- También encontrará una sección que trata sobre temas que usted considera muy personales o privados. Si acepta que entreguemos este tipo de registros, marque los casilleros que correspondan.

A continuación, encontrará ayuda para completar la página dos del formulario.

### PARTE D: Por qué desea compartir sus registros

- El primer casillero nos indica que entreguemos sus registros como se especifica en este formulario.
- El segundo casillero indica un motivo especial. Por ejemplo, tratar una reclamación de un seguro de vida. Puede ser con un abogado o un miembro de la familia. Escriba el motivo en el espacio.

### PARTE E: Revisión y firma

- Una vez que firme el formulario, este tendrá validez durante uno de los siguientes plazos:
  - Marque el primer casillero para un año. Ese es el tiempo normal.
  - Marque el segundo casillero para indicar que el formulario que está firmando tendrá validez durante menos de un año. Luego, indique la fecha en que desea que termine.
- **Firme y coloque la fecha en el formulario.** Su nombre y firma *deben* coincidir con lo que escribió en la PARTE A.
- Es posible que firme el formulario en nombre de otra persona. Si tiene formularios que indican que usted tiene un poder para atención médica o si es el tutor legal o curador, haga lo siguiente:
  - Complete la sección “**Persona jurídica o tutor designado**”.
  - Entréguenos una copia del formulario legal que indica que tiene un poder para atención médica. Adjúntelo a este formulario.

PART D: WHY YOU WANT YOUR RECORDS SHARED			
<input type="checkbox"/> For the reasons shown on this form <b>OR</b> <input type="checkbox"/> Special reason(s): _____			
PART E: REVIEW AND SIGN			
Once I sign and send in the form, it will be good for: <input type="checkbox"/> One year from the day I signed the form <b>OR</b> <input type="checkbox"/> Before one year and on the date, event or reason shown			
I have read each part of this form. I know, agree, and will let the HELP Plan, administered by BCBSMT, use and give out my records as I have stated above. I also know that I signed this form of my own free will. I know that I don't need to sign this form to get treatment or payment, or for signing up for or getting benefits. I have the right to take back what I agreed to in this form at any time. I will tell the HELP Program, in writing that I'm doing so. I know that taking this back will not change any action taken before I do so. I also know that any records that a person or group gets (that I've agreed to) may be given out. If this happens, the records may no longer be protected under the HIPAA Privacy Rule.			
Participant signature (if participant is a minor, parent's signature)			Date
X			_____
You have the right to keep a copy of this form after you fill it out. Please make a copy for your records. Return this completed form in the envelope we sent you with this form.			
NAMED LEGAL PERSON OR GUARDIAN			
If there is a person who is signing for the participant, (someone who takes care of the participant), we need these forms filled out: A copy of a health care, general or Durable Power of Attorney. <b>OR</b> Provide a court order or other proof that shows that someone else has the legal right to care for a person. Other proof can be legal forms that show someone can by law act for the participant. Complete the boxes below:			
Legal representative for participant (print full name)		Legal representative's relationship to participant	
Legal representative's street address	City	State	ZIP code
Signature			Date
X			_____
Please return the completed form to: Montana HELP Plan PO Box 3387 Scranton, PA 18505			
For internal use only:			
Inquiry tracking number			

Estos son ejemplos de formularios legales. Se usan cuando una persona necesita que otra tome decisiones en su nombre.

- **Poder para atención médica, poder general o poder permanente.** Este formulario le brinda a otra persona la capacidad legal para actuar en su nombre. Esta persona puede tomar decisiones de salud por usted. Es posible que el formulario diga lo siguiente: “encargarse de mis necesidades en caso de enfermedad de cualquier tipo”. También puede decir: “y, en general, tomar decisiones en mi nombre y representarme en caso de que yo no esté presente”.
- **Tutela legal.** Cuando un tribunal nombra a una persona para cuidar de otra.
- **Curatela.** Cuando un juez nombra a una persona para que esté a cargo de otra. Esto pasa cuando una persona no puede tomar decisiones por ella misma.
- **Albacea testamentario.** Este tipo de formulario se usa cuando la persona representada ha muerto.

## Formulario de autorización para asegurados de Blue Cross and Blue Shield of Texas

Este formulario debe ser completado por un asegurado. Permite que una persona o compañía vea los registros del asegurado. Escriba todo lo que pueda sobre usted. Si necesita ayuda, consulte la carta que enviamos con el formulario. Le indicará cómo completar cada sección. También puede llamar al número que aparece en su tarjeta de identificación de asegurado.

### PARTE A: Asegurado

Apellido del asegurado	Nombre del asegurado	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento del asegurado
Dirección del asegurado	Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono durante el día (con código de área)	Número de identificación de asegurado (ver tarjeta de identificación de asegurado)	Nombre de grupo (ver tarjeta de identificación de asegurado)	

### PARTE B: PERSONAS O COMPAÑÍAS QUE RECIBIRÁN MIS REGISTROS

Las personas o compañías enumeradas y seleccionadas a continuación tienen derecho a ver mis registros. (Deben tener 18 años de edad o más). Marque los casilleros que correspondan. Escriba los nombres y apellidos.

<input type="checkbox"/> Mi cónyuge (nombre y apellido)	<input type="checkbox"/> Mis padres (si usted es mayor de 18 años, escriba nombres y apellidos)
<input type="checkbox"/> Mis hijos adultos (nombres y apellidos)	<input type="checkbox"/> Otro (nombre y apellido, si lo sabe. Puede ser el nombre de una persona o de una compañía. También aclare la relación que tiene con esta persona o compañía)

### PARTE C: MIS REGISTROS

Autorizo al Programa XXXXXX XXXX, administrado por Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX) a compartir los registros seleccionados a continuación (marque solo un casillero):

- Todos mis registros de salud.** Todos mis registros de salud. Pueden ser registros sobre su salud, un diagnóstico (nombre de la enfermedad o problema de salud), reclamaciones, nombres de médicos y otros proveedores de atención médica. También pueden ser sobre dinero (como información bancaria y de facturación). Al seleccionar este casillero, otras personas no podrán ver registros confidenciales (muy personales), a menos que yo acepte a continuación. **O**
- Solo algunos registros** (marque todo lo que corresponda)
- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Apelación   | <input type="checkbox"/> Certificación y autorización previas (para aprobación de tratamientos).<br>Esto es cuando le damos aprobación para un tratamiento. |
| <input type="checkbox"/> Beneficios y cobertura                                    | <input type="checkbox"/> Remisiones (cuando su médico principal le dice que tiene que visitar a un médico especialista para recibir tratamiento)            |
| <input type="checkbox"/> Facturas  | <input type="checkbox"/> Tratamiento  |
| <input type="checkbox"/> Reclamaciones y pagos                                     | <input type="checkbox"/> Servicios dentales   |
| <input type="checkbox"/> Diagnóstico (nombre de la enfermedad o problema de salud) | <input type="checkbox"/> Servicios para la vista  |
| <input type="checkbox"/> Elegibilidad  | <input type="checkbox"/> Farmacia   |
| <input type="checkbox"/> Médicos y hospitales                                      | <input type="checkbox"/> Otro: _____  |
| <input type="checkbox"/> Registros médicos   |   |
| <input type="checkbox"/> Áreas financieras   |   |

También autorizo a BCBSXX a compartir los siguientes tipos de registros confidenciales (muy personales). Marque todos los casilleros que correspondan.

- Todos los registros confidenciales que aparecen a continuación**
- O**
- Solo algunos registros sobre temas marcados a continuación:**
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Embarazo                        | <input type="checkbox"/> Salud mental  |
| <input type="checkbox"/> Aborto                          | <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual contagiadas a otras personas |
| <input type="checkbox"/> Abuso (sexual, físico o mental) | <input type="checkbox"/> Otro: _____   |
| <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol y drogas*      |  |
| <input type="checkbox"/> Pruebas genéticas               |  |
| <input type="checkbox"/> VIH o sida                      |  |

\* Sé que los registros sobre abuso de alcohol y drogas están protegidos según las leyes y normas federales y estatales. Este formulario mantendrá la confidencialidad de sus registros. No se podrán entregar registros si yo no lo autorizo por escrito. Salvo que se establezca lo contrario por ley. También sé que puedo arrepentirme de haber aceptado en cualquier momento, o según lo indicado a continuación, en la Parte E. Comprendo que no puedo cancelar este formulario firmado después de que se hayan entregado los registros de salud.

## PARTE D: POR QUÉ DESEA COMPARTIR SUS REGISTROS

Por los motivos indicados en este formulario.

**O**  
 Motivos especiales: \_\_\_\_\_

## PARTE E: REVISIÓN Y FIRMA

Cuando firme y envíe el formulario, tendrá validez durante el siguiente tiempo:

Un año a partir de la fecha de la firma.

**O**  
 Antes de un año, en la fecha o a partir del hecho o motivo que figura a continuación:

He leído cada sección de este formulario. Estoy informado, acepto y permito que el Plan HELP, administrado por BCBSXX, use y entregue mis registros, como indiqué más arriba. También comprendo que firmé este formulario de manera voluntaria. Entiendo que no necesito firmar este formulario para recibir tratamiento o pagos, ni para inscribirme o recibir beneficios.

Tengo derecho a arrepentirme de lo que acepté en este formulario en cualquier momento. De ser así, avisaré al Programa xxxxxx por escrito.

Entiendo que, en caso de arrepentirme, no se podrán modificar las medidas tomadas antes de hacerlo. También sé que los registros que una persona o grupo reciba (con mi consentimiento) pueden ser divulgados. En este caso, es posible que los registros ya no estén protegidos por la norma de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA, en inglés).

Firma del asegurado (si el asegurado es menor de edad, firma de uno de los padres)

Fecha

**X**

Tiene derecho a conservar una copia de este formulario después de completarlo. Haga una copia y guárdela como constancia. Envíe este formulario completo en el sobre que adjuntamos.

## PERSONA JURÍDICA O TUTOR DESIGNADO

En caso de que una persona esté firmando en nombre del asegurado (alguien que cuida del asegurado), necesitamos estos formularios completos: Una copia del poder para atención médica, poder general o poder permanente.

**O**  
Una orden judicial u otra prueba que demuestre que una persona tiene derecho legal a cuidar de otra persona. Otras pruebas pueden ser formularios legales que muestren que una persona puede actuar por ley en nombre del asegurado. Complete los casilleros que aparecen a continuación:

Representante legal del asegurado (escriba el nombre completo)	Relación del representante legal con el asegurado
--	---

Dirección del representante legal	Ciudad	Estado	Código postal
-----------------------------------	--------	--------	---------------

Firma	Fecha
-------	-------

**X**

**Envíe el formulario completo a la siguiente dirección:**

Blue Cross and Blue Shield of Texas

P.O. Box 805106

Chicago, IL 60680-4112

Solo para uso interno:
Inquiry tracking number

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@hsc.net](mailto:Civilrightscoordinator@hsc.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।

هجوٲ: رگا اها ب ناب زي سراف وگا ٲ فگ يم ٲم ٲي نك، ٲ لاي ه سٲ ي ناب ز هب ٲ روص ناگا يار ي ارب امش مهارف ي م ٲ شاب. اب 1-855-710-6984 (TTY: 711) سامٲ ٲي ري گب.

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 ન: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, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ຄວນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທສ 1-855-710-6984 (TTY: 711).