



## Solicitud de confidencialidad

Este formulario es para solicitarle a Blue Cross and Blue Shield of Texas o a uno de sus Socios que se comunice con usted en una ubicación alterna o por medios alternativos o para cancelar o modificar una Solicitud de confidencialidad otorgada anteriormente. Llene todo el formulario.

Cumpliremos con su solicitud inicial si reúne todos los criterios que siguen:

1. Su solicitud es razonable;
2. Usted declara claramente que si no honramos esta solicitud, usted pudiera estar en peligro;
3. Usted proporciona una ubicación u otra alternativa razonable para que nos podamos comunicar con usted, y;
4. Usted proporciona una explicación razonable de cómo los pagos (si aplica) se manejarán si se usa la ubicación alterna.

### NO USE ESTE FORMULARIO PARA SOLICITAR UN CAMBIO DE DOMICILIO

Si necesita ayuda para llenar este formulario, o si desea notificarnos sobre un cambio de domicilio, por favor llame a Servicio al Cliente al número que se encuentra en su tarjeta de asegurado.

DESPUÉS DE LLENARLO Y FIRMARLO, POR FAVOR ENVÍELO POR CORREO A: **Blue Cross and Blue Shield of Texas**  
**P.O. Box 805106**  
**Chicago, IL 60680-4112**  
 O correo electrónico a: **OCA\_SSD@bcbstx.com**

Sección A: Solicitud de confidencialidad o modificación/cancelación de solicitudes previas	
Por favor elija una:	
<input type="checkbox"/> <b>Solicitud inicial</b> – Este formulario es una Solicitud inicial de confidencialidad. (Llene el formulario completo.)	
<input type="checkbox"/> <b>Modificar una Solicitud previa</b> – Este formulario modifica (por ejemplo, para un cambio de domicilio alterno) una Solicitud de confidencialidad aprobada anteriormente. (Llene el formulario completo.)	
<input type="checkbox"/> <b>Cancelar una Solicitud previa</b> – Este formulario cancela una Solicitud de confidencialidad aprobada anteriormente. (Llene la Sección B y prosiga a la Sección D.)	Anote la fecha en que se debe cancelar la Solicitud anterior
Fecha: mes/día/año	

Sección B: La persona interesada en recibir correspondencia en una ubicación alterna por motivos de confidencialidad. Por favor llene la siguiente información:			
Nombre _____	N.º de Grupo _____	N.º de Asegurado _____	
N.º de Seguro Social _____	Fecha de nacimiento _____		
Domicilio _____	Ciudad _____	Estado _____	Código postal _____
Código de área y teléfono _____	Correo electrónico (si tiene) _____		

Sección C: Por favor llene lo que sigue relacionado a la Solicitud de confidencialidad:	
¿Estará usted en peligro si no enviamos su Información de salud protegida (PHI, en inglés) a una ubicación alterna? Si seleccionó “no”, por favor llame a Servicio al Cliente al número que se encuentra en su tarjeta de asegurado para solicitar un cambio de domicilio.	<input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>



**Sección C (continuación): Por favor llene lo que sigue relacionado a la Solicitud de confidencialidad:**

Yo solicito que toda mi Información de salud protegida sea enviada a la ubicación alterna a continuación:

**Ubicación  
alterna:**

Calle: \_\_\_\_\_

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

Teléfono: \_\_\_\_\_

Por favor indique cómo se manejará cualquier pago (si aplica) usando la ubicación alterna que usted solicita.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Si se le otorgara su solicitud, por favor tenga en cuenta lo siguiente:**

1. La solicitud solo aplica a su cobertura actual. Si cualquiera de la información sobre su cobertura cambiase, incluidos los números de Grupo o Asegurado, cambios en los beneficios de cobertura (por ejemplo, si añade cobertura dental), usted tiene que presentar una Solicitud de confidencialidad nueva.
2. La solicitud vencerá a los diez y ocho (18) meses después de que su cobertura de beneficios haya terminado.
3. Blue Cross and Blue Shield of Texas y sus Socios son responsables solamente por la Información de salud protegida que ellos divulguen al domicilio alterno que usted ha designado en la Sección C.

**Sección D: Firma – Este documento tiene que estar firmado por el interesado, uno de los padres de un menor o por el Representante Personal del solicitante.**

Yo solicito que Blue Cross and Blue Shield of Texas divulgue mi Información de salud protegida (*PHI*, en inglés) según se ha especificado anteriormente en la Sección C. Yo entiendo que Blue Cross and Blue Shield of Texas no tiene la obligación de estar de acuerdo con mi solicitud. Yo entiendo que recibiré por escrito una determinación sobre mi solicitud. Yo entiendo que si yo firmo en nombre de un menor, esta solicitud vencerá cuando el menor cumpla la edad de los 18 años, a menos que se compruebe la tutela.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha: mes/día/año

**Sección E: Si un Representante Personal firma la Sección D, por favor proporcione la siguiente información:**

Si firma con capacidad de un Poder Notarial, Tutor, Albacea o Administrador, por favor 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 Personal

\_\_\_\_\_  
Relación con el solicitante

\_\_\_\_\_  
Domicilio del Representante Personal

\_\_\_\_\_  
Ciudad

\_\_\_\_\_  
Estado

\_\_\_\_\_  
Código postal

\_\_\_\_\_  
Código de área y teléfono del Representante Personal

\_\_\_\_\_  
Correo electrónico Representante Personal (si tiene)

**Queda estrictamente prohibido modificar el formato, contenido o la marca comercial de este formulario sin previa autorización del Departamento de Asuntos de Privacidad de HCSC. Comuníquese con dicho Departamento antes de hacer cualquier modificación.**



# BlueCross BlueShield of Texas

Si usted o la persona a la que usted está ayudando tienen alguna pregunta, ustedes tienen el derecho de recibir ayuda e información en su idioma gratuitamente. Si desea recibir los servicios de un intérprete, por favor llame al número de servicio al cliente que aparece en su tarjeta de asegurado. Si usted no es un asegurado o si no tiene una tarjeta, por favor llame al 855-710-6984.

العربية Arabic	إن كان لديك أو لدى شخص تساعدك أسئلة، فذلك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث إلى مترجم فوري، اتصل على رقم خدمة العملاء المذكور على ظهر بطاقة عضويتك. فإن لم تكن عضواً، أو كنت لا تملك بطاقة، فاتصل على 855-710-6984.
繁體中文 Chinese	如果您，或您正在協助的對象，對此有疑問，您有權利免費以您的母語獲得幫助和訊息。洽詢一位翻譯員，請致電印在您的會員卡背面的客戶服務電話號碼。如果您不是會員，或沒有會員卡，請致電 855-710-6984。
Français French	Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, avez des questions, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et l'information dans votre langue à aucun coût. Pour parler à un interprète, composez le numéro du service client indiqué au verso de votre carte de membre. Si vous n'êtes pas membre ou si vous n'avez pas de carte, veuillez composer le 855-710-6984.
Deutsch German	Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen haben, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Kundenservicenummer auf der Rückseite Ihrer Mitgliedskarte an. Falls Sie kein Mitglied sind oder keine Mitgliedskarte besitzen, rufen Sie bitte 855-710-6984 an.
ગુજરાતી Gujarati	જો તમને અથવા તમે મદદ કરી રહ્યા હોય એવી કોઈ બીજી વ્યક્તિને એસ.બી.એમ. દુભાષિયા સાથે વાત કરવા માટે, તમારા સભ્યપદના કાર્ડની પાછળ આપેલ ગ્રાહક સેવા નંબર પર કોલ કરો. જો આપ સભ્યપદ ના ધરાવતા હોવ, અથવા આપની પાસે કાર્ડ નથી તો 855-710-6984 નંબર પર કોલ કરો.
हिंदी Hindi	यदि आपके, या आप जिसकी सहायता कर रहे हैं उसके, प्रश्न हैं, तो आपको अपनी भाषा में निःशुल्क सहायता और जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। किसी अनुवादक से बात करने के लिए, अपने सदस्य कार्ड के पीछे दिए गए ग्राहक सेवा नंबर पर कॉल करें। यदि आप सदस्य नहीं हैं, या आपके पास कार्ड नहीं है, तो 855-710-6984 पर कॉल करें।
日本語 Japanese	ご本人様、またはお客様のお身の回りの方でも、ご質問がございましたら、ご希望の言語でサポートを受けたり、情報を入力したりすることができます。料金はかかりません。通訳とお話される場合、メンバーカードの裏のカスタマーサービス番号までお電話ください。メンバーでない場合またはカードをお持ちでない場合は 855-710-6984 までお電話ください。
한국어 Korean	만약 귀하 또는 귀하가 돕는 사람이 질문이 있다면 귀하는 무료로 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 받을 수 있는 권리가 있습니다. 회원 카드 뒷면에 있는 고객 서비스 번호로 전화하십시오. 회원이 아니시거나 카드가 없으시면 855-710-6984 으로 전화하십시오.
ລາວ Laotian	ຖ້າທ່ານ ຫຼື ຄົນທີ່ທ່ານກຳລັງໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອມີຄຳຖາມ, ທ່ານມີສິດຂໍເອົາການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຂໍ້ມູນເປັນພາສາຂອງທ່ານໄດ້ໂດຍບໍ່ມີຄ່າ, ໃຊ້ຈ່າຍ. ເພື່ອລິມັດຊ່ວຍເຫຼືອພາສາ, ໃຫ້ໂທຫາເບີຝ່າຍບໍລິການລູກຄ້າທີ່ມີຢູ່ດ້ານຫຼັງບັດສະມາຊິກຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານບໍ່ແມ່ນສະມາຊິກ, ຫຼື ບໍ່ມີບັດ, ໃຫ້ໂທຫາເບີ 855-710-6984.
Diné Navajo	T'áá ni, éí doodago ła'da biká anánílwo'ígíí, na'ídiłkídgo, ts'ídá bee ná ahóótí'i' t'áá níí'k'e níká a'doolwoł. Ata' halne'í bich'í' hadeesdizh nínízingo éí kwe'é da'íníshgi áká anídaalwo'ígíí bich'í' hodíílnih, bee néehózinii bine'déé' bikáá'. Kojí atah naaltsoos ná hadít'éégóó éí doodago bee néehózinígíí ádingo kojí' hodíílnih 855-710-6984.
فارسی Persian	اگر شما، یا کسی که شما به او کمک می کنید، سوالی داشته باشید، حق این را دارید که به زبان خود، به طور رایگان کمک و اطلاعات دریافت نمایید. جهت گفتگو با یک مترجم شفاهی، با خدمات مشتری به شماره ای که در پشت کارت عضویت شما درج شده است تماس بگیرید. اگر عضو نیستید، یا کارت عضویت ندارید، با شماره 855-710-6984 تماس حاصل نمایید.
Русский Russian	Если у вас или человека, которому вы помогаете, возникли вопросы, у вас есть право на бесплатную помощь и информацию, предоставленную на вашем языке. Чтобы поговорить с переводчиком, позвоните в отдел обслуживания клиентов по телефону, указанному на обратной стороне вашей карточки участника. Если вы не являетесь участником или у вас нет карточки, позвоните по телефону 855-710-6984.
Español Spanish	Si usted o alguien a quien usted está ayudando tiene preguntas, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete comuníquese con el número del Servicio al Cliente que figura en el reverso de su tarjeta de miembro. Si usted no es miembro o no posee una tarjeta, llame al 855-710-6984.
Tagalog Tagalog	Kung ikaw, o ang isang taong iyong tinutulongan ay may mga tanong, may karapatan kang makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang bayad. Upang makipag-usap sa isang tagasalin-wika, tumawag sa numero ng serbisyo para sa kustomer sa likod ng iyong kard ng miyembro. Kung ikaw ay hindi isang miyembro, o kaya ay walang kard, tumawag sa 855-710-6984.
اردو Urdu	گر آپ کو، یا کسی ایسے فرد کو جس کی آپ مدد کر رہے ہیں، کوئی سوال درپیش ہے تو، آپ کو اپنی زبان میں مفت مدد اور معلومات حاصل کرنے کا حق ہے۔ مترجم سے بات کرنے کے لیے، کسٹمر سروس نمبر پر کال کریں جو آپ کے کارڈ کی پشت پر درج ہے۔ اگر آپ ممبر نہیں ہیں، یا آپ کے پاس کارڈ نہیں ہے تو، 855-710-6984 پر کال کریں۔
Tiếng Việt Vietnamese	Nếu quý vị hoặc người mà quý vị giúp đỡ có bất kỳ câu hỏi nào, quý vị có quyền được hỗ trợ và nhận thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với thông dịch viên, gọi số dịch vụ khách hàng nằm ở phía sau thẻ hội viên của quý vị. Nếu quý vị không phải là hội viên hoặc không có thẻ, gọi số 855-710-6984.



**Tener cobertura médica es importante para todos.**

Ofrecemos comunicación y servicios gratuitos para cualquier persona con impedimentos o que requiera asistencia lingüística. No discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, identidad de género, edad o discapacidad.

Si necesita recibir asistencia lingüística o comunicación en otros formatos, llámenos sin cargos al 855-710-6984.

Si cree que no hemos proporcionado un servicio, o si cree que ha sido discriminado de cualquier otra manera, comuníquese con nosotros para presentar su inconformidad.

Office of Civil Rights Coordinator  
300 E. Randolph St.  
35th Floor  
Chicago, Illinois 60601

Teléfono: 855-664-7270 (correo de voz)  
TTY/TDD: 855-661-6965  
Fax: 855-661-6960  
Correo electrónico: [CivilRightsCoordinator@hcsc.net](mailto:CivilRightsCoordinator@hcsc.net)

Tiene el derecho de presentar una queja por derechos civiles en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Recursos Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services) por estos medios:

U.S. Dept. of Health & Human Services  
200 Independence Avenue SW  
Room 509F, HHH Building 1019  
Washington, DC 20201

Teléfono: 800-368-1019  
TTY/TDD: 800-537-7697  
Portal de quejas: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>  
Formulario de quejas: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

BCBSOK provee servicios TDD/TTY para los asegurados que llamen y que tengan dificultades de audición, sordera y del habla, además de ayuda en varios idiomas. Los asegurados pueden usar su máquina de teletipo (TeleTYpewriter, TTY) o su aparato para telecomunicaciones (TDD) para acceder a una operadora de teletipo al 1-800-722-0353.