

Complete el formulario a partir de la página 4

Utilice este formulario para autorizar a Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX) la divulgación de su información médica protegida (*Personal Health Information, PHI*) a una persona o entidad en específico. Siga las instrucciones a continuación o llame al número en su tarjeta de asegurado si necesita ayuda para completar el formulario. Complete el formulario en su totalidad.

Tome nota:

- Una **Autorización** puede usarse para varios servicios o prestadores de servicios médicos o puede completar un formulario por reclamación, procedimiento o por servicios brindados durante períodos determinados.
- La **Autorización** se completa de manera voluntaria.

Sección I. Nombre e información de la persona cuya información médica protegida (PHI) se divulga**Jane Doe**

nombre

5-10-1962

fecha de nacimiento (MM-DD-AAAA)

123456

n.º de grupo

XOP123456789

n.º de asegurado/titular de la póliza

- ## -

n.º de seguro social

123 Main Street

domicilio

Anytown

ciudad

TX

estado

12345

código postal

312-555-1212

n.º telefónico con código de área

La información en la **Sección I** pertenece a la persona cuya información médica protegida se divulga. Puede tratarse del titular de la póliza, su cónyuge, un derechohabiente o cualquier otra persona incluida en la póliza o una persona que tenga su propia cobertura. En el ejemplo, Jane Doe es quien realiza la solicitud.

Sección II. Autorización y propósito

Autorizo que BCBSTX divulgue mi información médica protegida a la persona u organización mencionada a continuación. Entiendo que, si la persona u organización mencionada a continuación no es una compañía aseguradora o un prestador de servicios médicos, es posible que la información médica protegida no esté protegida por las leyes federales en materia de privacidad.

Suzy Smith

personas/organizaciones autorizadas para recibir la información

hija

parentesco

asistir en la atención médica

propósito

123 Main Street

domicilio

Anytown

ciudad

TX

estado

12345

código postal

La información en la **Sección II** identifica a la persona u organización que recibirá la información médica protegida de la persona mencionada en la Sección I. La persona que requiera acceso a la información médica protegida podría ser un familiar, amigo íntimo, corredor de seguros o abogado. Si el interesado desea que la información médica protegida se divulgue a una organización, es necesario incluir área o cargo de la persona a quien se dirige dentro de la organización, por ejemplo, Benefits Representatives, Human Resources Department, Associate XYZ Insurance Agency, etc. En el ejemplo, Jane Doe autoriza la divulgación de su información médica protegida a su hija, Suzy Smith.

Sección III. Descripción de la información médica protegida de carácter confidencial (*Sensitive Protected Health Information, SPHI*) e información médica protegida (PHI) que serán divulgadas

Complete los **Apartados A y B** de esta sección.

A. Divulgación de información médica protegida de carácter confidencial (SPHI) que podría estar protegida por las leyes estatales. Al seleccionar la casilla “sí”, usted autoriza que BCBSTX divulgue la información médica protegida de carácter confidencial que aparece a continuación y, de ser el caso, será incluida en la información que seleccione en el Apartado III-B. Al seleccionar la casilla “no” o la falta de una selección, la información médica protegida de carácter confidencial no se divulgará. Esta autorización no es válida para la divulgación de Apuntes psicoterapéuticos.

- virus de inmunodeficiencia humana (VIH) (HIV, en inglés) o síndrome de inmunodeficiencia adquirida VIH/sida;
- enfermedades de transmisión o “por contacto” sexual (hepatitis y enfermedades venéreas, entre otras);
- consumo/abuso de drogas, alcohol o sustancias;
- discapacidades a causa de problemas mentales o en el desarrollo (retraso mental o discapacidades similares, por ejemplo, aquellas atribuidas a parálisis cerebral, autismo o disfunciones neurológicas, entre otras);
- pruebas genéticas.

Sí

No

La información en el **Apartado III-A** indica si la persona desea específicamente que se divulgue a su representante autorizado cierta información médica protegida de carácter confidencial de la lista. En el ejemplo, Jane acepta que su hija Suzy Smith reciba su información médica protegida de carácter confidencial.

B. Descripción de la información médica protegida (PHI) que será divulgada.

Seleccione todas las necesarias.

Fechas de servicio (MM-DD-AA)

del:

al:

<input type="checkbox"/>	Información de beneficios de la cobertura médica:	Incluye información que forma parte del certificado de beneficios (por ej., copagos, coseguro, elegibilidad y más información sobre beneficios).	_____	_____
<input checked="" type="checkbox"/>	Información sobre reclamaciones:	Incluye información en relación con el pago de reclamaciones por servicios recibidos, abarcando información específica que aparezca en las reclamaciones (por ej., cantidad facturada, descripciones generales de procedimientos con motivos para el pago o rechazo de reclamaciones, etc.).	6-12-15	4-30-18
<input type="checkbox"/>	Información sobre determinaciones de servicios:	Incluye cualquier información en relación con decisiones de preservicio, servicios actuales o posterior al servicio.	_____	_____
<input type="checkbox"/>	Información sobre primas:	Incluye información en relación con ciclos de facturación, cambios a cargos a cuenta bancaria, etc.	_____	_____
<input type="checkbox"/>	Servicios de profesionales o proveedores:	Nombre del profesional/proveedor: Indique la información exacta que desea divulgar:	_____	_____
<input type="checkbox"/>	Otra:	Otra información que no aparezca en este apartado.	_____	_____

En el **Apartado III-B** es donde la persona indica la información médica protegida cuya divulgación autoriza a BCBSTX. En el ejemplo, Jane autoriza que BCBSTX divulgue a su hija Suzy Smith información sobre reclamaciones del 12 de junio de 2015 (6-12-15) al 30 de abril de 2018 (4-30-18).

Sección IV. Vigencia y Derecho a revocar o rescindir la autorización

Vigencia: Seleccione una fecha o suceso para que finalice la vigencia de la autorización. Campo requerido para procesar la autorización.

Un año a partir de la fecha en que se firma (indique fecha o suceso): _____

Derecho a revocar/rescindir: Usted puede dar por terminada esta autorización en cualquier momento mediante un aviso por escrito dirigido a BCBSTX a la dirección que aparece a continuación; sin embargo, **BCBSTX no se hace responsable por la información médica protegida divulgada antes de que la autorización sea rescindida.**

En la Sección IV, la persona debe seleccionar una fecha para finalizar la vigencia de esta autorización. Todas las autorizaciones con validez requieren una fecha o suceso específico para que finalice su vigencia; por ejemplo: “fecha de alta por hospitalización”, “fecha en que termina una rehabilitación”, etc. Asimismo, BCBSTX ofrece información sobre el derecho a rescindir la autorización en cualquier momento. En el ejemplo, la autorización tiene una validez de un año a partir de la fecha en que se firma, a menos que Jane decida revocarla.

Sección V. Firma y Aceptación de los términos.

Entiendo que esta autorización es de carácter voluntario y que, mi firma en esta autorización no le da derecho a la aseguradora de condicionar mi elegibilidad para beneficios, tratamientos, inscripción o pago de reclamaciones.

Jane Doe interesado/a 4-30-18
firma parentesco fecha (MM-DD-AA)

El documento deberá firmarlo la persona interesada, uno de los padres del menor o el representante legal de la persona interesada. Si es padre del menor, **firmo con su nombre** —no el del menor—. Esta autorización tendrá validez hasta que el menor cumpla **18 años**, a menos que se presenten pruebas de tutela. Si es apoderado, tutor, albacea o administrador, proporcione la información que se solicita a continuación y presente los documentos legales correspondientes. No es necesario presentar dichos documentos si BCBSTX ya cuenta con ellos en sus archivos.

nombre del representante autorizado parentesco con el interesado

domicilio del representante autorizado ciudad

estado código postal n.º telefónico con código de área del representante autorizado

En la Sección V, la persona nombrada en la Sección I firma el formulario a menos de que se trate de un menor de 18 años, en cuyo caso, uno de sus padres o tutor firma el formulario. En el ejemplo, Jane firma por cuenta propia. Sin embargo, si Jane fuera menor de edad, uno de sus padres o tutor tendría que firmar con su propio nombre.

Haga copias de este formulario antes de enviarlo:

- Haga fotocopias del documento firmado.
o
- Complete y firme el duplicado que recibió o imprimió.

*El resto del documento contiene instrucciones para enviar el formulario a BCBSTX.
Guarde una copia firmada en sus archivos.*



Instrucciones para completar Autorizaciones estándar para la divulgación de información médica protegida (PHI)

Utilice este formulario para autorizar a Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX) la divulgación de su información médica protegida (*Personal Health Information*, PHI) a una persona o entidad en específico. Siga las instrucciones a continuación o llame al número en su tarjeta de asegurado si necesita ayuda para completar el formulario. Complete el formulario en su totalidad.

Tome nota:

- Una **Autorización** puede usarse para varios servicios o prestadores de servicios médicos o puede completar un formulario por reclamación, procedimiento o por servicios brindados durante períodos determinados.
- La **Autorización** se completa de manera voluntaria.

Sección I. Nombre e información de la persona cuya información médica protegida (PHI) se divulga

nombre		fecha de nacimiento (MM-DD-AAAA)	
n.º de grupo	n.º de asegurado/titular de la póliza	n.º de seguro social	
domicilio		ciudad	
estado	código postal	n.º telefónico con código de área	

La información en la **Sección I** pertenece a la persona cuya información médica protegida se divulga. Puede tratarse del titular de la póliza, su cónyuge, un derechohabiente o cualquier otra persona incluida en la póliza o una persona que tenga su propia cobertura.

Sección II. Autorización y propósito

Autorizo que BCBSTX divulgue mi información médica protegida a la persona u organización mencionada a continuación. Entiendo que, si la persona u organización mencionada a continuación no es una compañía aseguradora o un prestador de servicios médicos, es posible que la información médica protegida no esté protegida por las leyes federales en materia de privacidad.

personas/organizaciones autorizadas para recibir la información		parentesco	
propósito			
domicilio	ciudad	estado	código postal

La información en la **Sección II** identifica a la persona u organización que recibirá la información médica protegida de la persona mencionada en la Sección I. La persona que requiera acceso a la información médica protegida podría ser un familiar, amigo íntimo, corredor de seguros o abogado. Si el interesado desea que la información médica protegida se divulgue a una organización, es necesario incluir área o cargo de la persona a quien se dirige dentro de la organización, por ejemplo, *Benefits Representatives, Human Resources Department, Associate XYZ Insurance Agency, etc.*

Sección III. Descripción de la información médica protegida de carácter confidencial (*Sensitive Protected Health Information, SPHI*) e información médica protegida (PHI) que serán divulgadas

Complete los **Apartados A y B** de esta sección.

A. Divulgación de información médica protegida de carácter confidencial (SPHI) que podría estar protegida por las leyes estatales. Al seleccionar la casilla “sí”, usted autoriza que BCBSTX divulgue la información médica protegida de carácter confidencial que aparece a continuación y, de ser el caso, será incluida en la información que seleccione en el Apartado III-B. Al seleccionar la casilla “no” o la falta de una selección, la información médica protegida de carácter confidencial no se divulgará. Esta autorización no es válida para la divulgación de Apuntes psicoterapéuticos.

- virus de inmunodeficiencia humana (VIH) (HIV, en inglés) o síndrome de inmunodeficiencia adquirida VIH/sida;
- enfermedades de transmisión o “por contacto” sexual (hepatitis y enfermedades venéreas, entre otras);
- consumo/abuso de drogas, alcohol o sustancias;
- discapacidades a causa de problemas mentales o en el desarrollo (retraso mental o discapacidades similares, por ejemplo, aquellas atribuidas a parálisis cerebral, autismo o disfunciones neurológicas, entre otras);
- pruebas genéticas.

Sí

No

La información en el **Apartado III-A** indica si la persona desea específicamente que se divulgue a su representante autorizado cierta información médica protegida de carácter confidencial de la lista.

B. Descripción de la información médica protegida (PHI) que será divulgada.

Seleccione todas las necesarias.

Fechas de servicio (MM-DD-AA)

del: al:

<input type="checkbox"/>	Información de beneficios de la cobertura médica:	Incluye información que forma parte del certificado de beneficios (por ej., copagos, coseguro, elegibilidad y más información sobre beneficios).	_____	_____
<input type="checkbox"/>	Información sobre reclamaciones:	Incluye información en relación con el pago de reclamaciones por servicios recibidos, abarcando información específica que aparezca en las reclamaciones (por ej., cantidad facturada, descripciones generales de procedimientos con motivos para el pago o rechazo de reclamaciones, etc.).	_____	_____
<input type="checkbox"/>	Información sobre determinaciones de servicios:	Incluye cualquier información en relación con decisiones de preservicio, servicios actuales o posterior al servicio.	_____	_____
<input type="checkbox"/>	Información sobre primas:	Incluye información en relación con ciclos de facturación, cambios a cargos a cuenta bancaria, etc.	_____	_____
		Nombre del profesional/proveedor:	_____	_____
<input type="checkbox"/>	Servicios de profesionales o proveedores:	Indique la información exacta que desea divulgar:	_____	_____
<input type="checkbox"/>	Otra:	Otra información que no aparezca en este apartado.	_____	_____

En el **Apartado III-B** es donde la persona indica la información médica protegida cuya divulgación autoriza a BCBSTX.

Sección IV. Vigencia y Derecho a revocar o rescindir la autorización

Vigencia: Seleccione una fecha o suceso para que finalice la vigencia de la autorización. Campo requerido para procesar la autorización.

Un año a partir de la fecha en que se firma (indique fecha o suceso): _____

Derecho a revocar/rescindir: Usted puede dar por terminada esta autorización en cualquier momento mediante un aviso por escrito dirigido a BCBSTX a la dirección que aparece a continuación; sin embargo, **BCBSTX no se hace responsable por la información médica protegida divulgada antes de que la autorización sea rescindida.**

*En la **Sección IV**, la persona debe seleccionar una fecha para finalizar la vigencia de esta autorización. Todas las autorizaciones con validez requieren una fecha o suceso específico para que finalice su vigencia; por ejemplo: “fecha de alta por hospitalización”, “fecha en que termina una rehabilitación”, etc. Asimismo, BCBSTX ofrece información sobre el derecho a rescindir la autorización en cualquier momento.*

Sección V. Firma y Aceptación de los términos.

Entiendo que esta autorización es de carácter voluntario y que, mi firma en esta autorización no le da derecho a la aseguradora de condicionar mi elegibilidad para beneficios, tratamientos, inscripción o pago de reclamaciones.

_____ _____ _____
firma parentesco fecha (MM-DD-AA)

El documento deberá firmarlo la persona interesada, uno de los padres del menor o el representante legal de la persona interesada. Si es padre del menor, **firmo con su nombre** —no el del menor—. Esta autorización tendrá validez hasta que el menor cumpla **18 años**, a menos que se presenten pruebas de tutela. Si es apoderado, tutor, albacea o administrador, proporcione la información que se solicita a continuación y presente los documentos legales correspondientes. No es necesario presentar dichos documentos si BCBSTX ya cuenta con ellos en sus archivos.

_____ _____
nombre del representante autorizado parentesco con el interesado

_____ _____
domicilio del representante autorizado ciudad

_____ _____ _____
estado código postal n.º telefónico con código de área del representante autorizado

Haga copias de este formulario antes de enviarlo:

- Haga fotocopias del documento firmado.
o
- Complete y firme el duplicado que recibió o imprimió.

Envíe la autorización firmada a la siguiente dirección:

**Blue Cross and Blue Shield of Texas
PO Box 805107
Chicago, IL 60680-4112**

Si necesita ayuda para completar el formulario, use las instrucciones presentadas anteriormente o llame al número en la tarjeta de asegurado.



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, país de origen, sexo, identidad de género, edad, orientación sexual, problemas médicos o discapacidad.

Llámenos al 855-710-6984 para recibir asistencia lingüística o comunicación en otros formatos sin costo.

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

Tiene el derecho de presentar una queja por derechos civiles en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights) 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>



If you, or someone you are helping, have questions, you have the right to get help and information in your language at no cost. To talk to an interpreter, call 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, llame al 855-710-6984.
العربية Arabic	إن كان لديك أو لدى شخص تساعدك أسئلة، ف لديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم فوري، اتصل على الرقم 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，請撥電話號碼 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, appelez 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 Nummer 855-710-6984 an.
ગુજરાતી Gujarati	જો તમને અથવા તમે મદદ કરી રહ્યા હોય એવી કોઈ બીજી વ્યક્તિને એસ.બી.એમ. કાર્યક્રમ બાબતે પ્રશ્નો હોય, તો તમને વિના ખર્ચે, તમારી ભાષામાં મદદ અને માહિતી મેળવવાનો હક છે. દુભાષિયા સાથે વાત કરવા માટે આ નંબર 855-710-6984 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 855-710-6984 पर कॉल करें।
Italiano Italian	Se tu o qualcuno che stai aiutando avete domande, hai il diritto di ottenere aiuto e informazioni nella tua lingua gratuitamente. Per parlare con un interprete, puoi chiamare il numero 855-710-6984.
한국어 Korean	만약 귀하 또는 귀하가 돕는 사람이 질문이 있다면 귀하는 무료로 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 받을 수 있는 권리가 있습니다. 통역사가 필요하시면 855-710-6984 로 전화하십시오.
Diné Navajo	T'áá ni, éi doodago ła'da bíká anáníłwo'ígíí, na'ídíłkidgo, ts'ídá bee ná ahóótí'i' t'áá níík'e níká a'doolwoł dóó bína'ídíłkidígíí bee níł h odoonih. Ata'dahalne'ígíí bich'í' hodíłnih kwe'é 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 شماره 855-710-6984 تماس حاصل نمایید.
Polski Polish	Jeśli Ty lub osoba, której pomagasz, macie jakiegokolwiek pytania, macie prawo do uzyskania bezpłatnej informacji i pomocy we własnym języku. Aby porozmawiać z tłumaczem, zadzwoń pod numer 855-710-6984.
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 связаться с переводчиком, позвоните по телефону 855-710-6984.
Tagalog Tagalog	Kung ikaw, o ang isang taong iyong tinutulungan 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 855-710-6984.
اردو Urdu	اگر 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، 855-710-6984 پر کال کریں۔
Tiếng Việt Vietnamese	Nếu quý vị, hoặc người mà quý vị giúp đỡ, có câu hỏi, thì quý vị có quyền được giúp đỡ và nhận thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, gọi 855-710-6984.