



## SOLICITUD DE ACCESO A INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Use este formulario para solicitar una copia de su información médica protegida (Protected Health Information, PHI) contenida en un conjunto de expedientes designado que conserve Blue Cross and Blue Shield of Texas o uno de sus socios. Si necesita ayuda para rellenar este formulario, comuníquese con Servicio al Cliente al número en su tarjeta de asegurado. Rellene el formulario en su totalidad.

AL RELLENARLO Y FIRMARLO, ENVÍELO POR CORREO A LA SIGUIENTE DIRECCIÓN:  
Blue Cross and Blue Shield of Texas, PO Box 660044, Dallas, TX 75266-0044  
[OCA\\_SSD@bcbstx.com](mailto:OCA_SSD@bcbstx.com)

### Sección A Proporcione información de la persona para quien se solicita el acceso.

nombre \_\_\_\_\_ apellido \_\_\_\_\_ n.º de grupo \_\_\_\_\_  
n.º de seguro social \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ n.º de asegurado \_\_\_\_\_  
domicilio \_\_\_\_\_ ciudad \_\_\_\_\_ estado \_\_\_\_\_ código postal \_\_\_\_\_  
código de área y teléfono \_\_\_\_\_

### Sección B Marque con una "X" los cuadros correspondientes a los expedientes que desea inspeccionar o de los que desea obtener una copia, e indique fechas específicas.

| Registros de la cobertura                                                                                 | Del:  | al:   | Expedientes                                        | Del:  | al:   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|----------------------------------------------------|-------|-------|
| <input type="checkbox"/> Solicitud, suscripción o registro de estados de cuenta del médico que le atiende | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> médicos                   | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Pago de primas o historial de facturación (si aplica)                            | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> dentales                  | _____ | _____ |
|                                                                                                           |       |       | <input type="checkbox"/> de medicamentos recetados | _____ | _____ |
|                                                                                                           |       |       | <input type="checkbox"/> del cuidado de la vista   | _____ | _____ |
|                                                                                                           |       |       | <input type="checkbox"/> de salud mental           | _____ | _____ |

Esta solicitud NO es válida para la divulgación de apuntes psicoterapéuticos ni de los registros telefónicos que no sean parte del conjunto de expedientes designado.

### Sección C Marque con una "X" los cuadros apropiados para indicar quién y en qué formato desea recibir o examinar su información.

Envíen mi información médica protegida a: (seleccione solamente una)

- ☐ Mí
- ☐ Un tercero designado: Solicito que Blue Cross and Blue Shield of Texas envíe mi información médica protegida (según se especifica en la Sección B de esta solicitud) directamente al tercero designado a continuación.

nombre \_\_\_\_\_ domicilio \_\_\_\_\_  
ciudad \_\_\_\_\_ estado \_\_\_\_\_ código postal \_\_\_\_\_ teléfono \_\_\_\_\_

Formato/método de divulgación: (seleccione solamente una)

- ☐ Enviar copia electrónica. Aviso: A menos que se indique lo contrario, la información se enviará en formato seguro (codificado) al correo electrónico a continuación. Correo electrónico: \_\_\_\_\_
- ☐ Enviar copia impresa de la información por correo postal de los EE. UU.
- ☐ Ver en persona. Entiendo que se comunicarán conmigo o con quien yo designe para concertar una cita.

### Sección D Firma:

Este documento tiene que estar firmado por el interesado, uno de los padres del menor o por el representante autorizado del solicitante.

Solicito que Blue Cross and Blue Shield of Texas brinde acceso a mi información médica protegida según se ha especificado. Entiendo que solo puedo firmar por una persona menor de 18 años, a menos que se presenten pruebas de tutela.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha: mes/día/año \_\_\_\_\_

### Sección E Si un representante autorizado firma la Sección D, proporcione la siguiente información.

Si firma con capacidad de un poder notarial, tutor, albacea o administrador, adjunte una copia de los documentos legales correspondientes. NO es necesario adjuntar copias de estos documentos si ya constan en los archivos de Blue Cross and Blue Shield of Texas.

nombre del representante autorizado \_\_\_\_\_  
parentesco con la persona que solicita la información \_\_\_\_\_  
domicilio del representante autorizado \_\_\_\_\_ ciudad \_\_\_\_\_  
estado \_\_\_\_\_ código postal \_\_\_\_\_ código de área y teléfono del representante autorizado \_\_\_\_\_  
correo electrónico del representante autorizado (si tiene) \_\_\_\_\_

**Queda estrictamente prohibido modificar el formato, el contenido o la marca comercial de este formulario sin previa autorización del Departamento de Asuntos de Privacidad (Privacy Office).**

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 del Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente de BCBSTX al número en su tarjeta de asegurado.

## Aviso de no discriminación

### La cobertura médica es importante para todos

No discriminamos por motivos de raza, color, país de origen (incluidos el conocimiento limitado del inglés y la lengua materna), edad, discapacidad o sexo (tal como se entiende en la reglamentación aplicable). Les proporcionamos a las personas con discapacidad las adaptaciones razonables y los medios de comunicación gratuitos que les permitan comunicarse eficazmente con nosotros. También ofrecemos servicios de asistencia lingüística sin costo a las personas cuyo primer idioma no es el inglés.

Para solicitar modificaciones razonables, ayudas de comunicación o asistencia lingüística sin costo, llámenos al **1-855-710-6984**.

Si cree que fallamos en proporcionarle algún servicio, o si considera que se le discriminó de alguna manera, puede presentar una inconformidad ante la Oficina del Coordinador de Derechos Civiles (Office of Civil Rights Coordinator):

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

Teléfono: **1-855-664-7270** (buzón de voz)  
TTY/TDD: **1-855-661-6965**  
Fax: **1-855-661-6960**  
Correo electrónico: [civilrightscordinator@bcbsil.com](mailto:civilrightscordinator@bcbsil.com)

Puede presentar una inconformidad por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una inconformidad, llame sin costo al número en su tarjeta de asegurado (TTY: 711).

Tiene el derecho de presentar una queja por derechos civiles ante 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:

US Dept of Health & Human Services  
200 Independence Avenue SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, DC 20201

Teléfono: **1-800-368-1019**  
TTY/TDD: **1-800-537-7697**

Portal de quejas: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf> (en inglés)

Formularios de quejas: <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html> (en inglés)

Este aviso está disponible en nuestro sitio web, en <https://espanol.bcbstx.com/medicaid/pdf/medicaid-non-discrimination-tx.pdf>

ATTENTION: If you speak another language, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call **1-855-710-6984** (TTY: 711) or speak to your provider.

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Español</b><br>Spanish | ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al <b>1-855-710-6984</b> (TTY: 711) o hable con su proveedor. |
| العربية<br>Arabic         | تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم <b>1-855-710-6984</b> (TTY: 711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك.                                                      |

|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 中文<br>Chinese            | 注意：如果您说中文，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 <b>1-855-710-6984 (TTY: 711)</b> 或咨询您的服务提供商。                                                                                                                                                                                                                                    |
| Français<br>French       | ATTENTION: Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le <b>1-855-710-6984 (TTY: 711)</b> ou parlez à votre fournisseur. |
| Deutsch<br>German        | ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie <b>1-855-710-6984 (TTY: 711)</b> an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.   |
| ગુજરાતી<br>Gujarati      | ધ્યાન આપો: જો તમે બીજી ભાષા બોલો છો, તો તમારા માટે મફત ભાષા સહાય સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે. સુલભ ફોર્મેટમાં માહિતી પ્રદાન કરવા માટે યોગ્ય સહાયક મદદ અને સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. <b>1-855-710-6984 (TTY: 711)</b> પર કોલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.                                                                                |
| हिंदी<br>Hindi           | ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। <b>1-855-710-6984 (TTY: 711)</b> पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।                                                                       |
| Italiano<br>Italian      | ATTENZIONE: Se parli italiano, puoi usufruire gratuitamente di servizi di assistenza linguistica. Sono inoltre disponibili, senza costi, strumenti e servizi ausiliari per ricevere informazioni in formati accessibili. Chiama il numero <b>1-855-710-6984 (TTY: 711)</b> o rivolgiti a un assistente.                                   |
| 한국어<br>Korean            | 주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. <b>1-855-710-6984 (TTY: 711)</b> 번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.                                                                                                                                                                              |
| Diné<br>Navajo           | SHÓÓ: Diné Bizaad k'ehjí éí dinit's'á'go, t'áá nizaad k'ehjí níká a'doo wołgo bohónéedzâ. Łahgo bee ata' hodoonigo áádóó éí doodago ałtaa át'éego níka a'doowołgo t'áá jiik'e nábee ahoot'í'. <b>1-855-710-6984 (TTY: 711)</b> jì' hodíłni éí doodago nits'íís náyaa áhályánii bich'í' hadíłdzi.                                          |
| فارسی<br>Farsi           | توجه: اگر فارسی صحبت می‌کنید، خدمات پشتیبانی زبانی رایگان در دسترس شما قرار دارد. همچنین کمک‌ها و تماس خدمات پشتیبانی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب‌های قابل دسترس، به‌طور رایگان موجود می‌باشند. با <b>1-855-710-6984 (TTY: 711)</b> تماس بگیرید یا با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید.                                                     |
| Polski<br>Polish         | UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer <b>1-855-710-6984 (TTY: 711)</b> lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.                                                              |
| РУССКИЙ<br>Russian       | ВНИМАНИЕ: Если вы говорите по-русски, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону <b>1-855-710-6984 (TTY: 711)</b> или обратитесь к своему поставщику услуг.            |
| Tagalog<br>Tagalog       | PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyonang tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa <b>1-855-710-6984 (TTY: 711)</b> o makipag-usap sa iyong provider.                 |
| اردو<br>Urdu             | توجه دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے مفت زبان کی مدد کی خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے مناسب معاونامداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔ <b>1-855-710-6984 (TTY: 711)</b> پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔                                                                          |
| Tiếng Việt<br>Vietnamese | LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ và dịch vụ phụ trợ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số <b>1-855-710-6984 (TTY: 711)</b> hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.                   |