



INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO ESTÁNDAR DE AUTORIZACIÓN PARA EL USO O LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Complete el formulario a partir de la página 3

Utilice este formulario para autorizar que Blue Cross and Blue Shield of Texas divulgue su información médica protegida (Personal Health Information, PHI) a una persona u organización en específico. Siga las instrucciones a continuación, o si necesita ayuda, comuníquese con Servicio al Cliente al número en su tarjeta de asegurado. **Complete el formulario en su totalidad.**

Se puede usar un **formulario de autorización** para varios servicios o prestadores de servicios médicos, o puede completar un formulario por reclamación o procedimiento durante un período determinado. **El formulario de autorización** se completa de manera voluntaria y puede ser revocada en cualquier momento.

Sección I. Nombre de la persona cuya información médica protegida se está divulgando

En esta **sección**, se identifica a la persona que está solicitando la autorización. Esta persona puede ser el titular de la póliza, su cónyuge, un dependiente o cualquier otra **persona** incluida en la póliza de cobertura del titular de la póliza. Es **obligatorio** completar todos los campos. Ejemplo: *Jane Doe es la persona que está solicitando la autorización.*

nombre Jane apellido Doe n.º de grupo 123456
n.º de seguro social ###-##-#### fecha de nacimiento 05-10-1962 n.º de asegurado/titular de la póliza XOP123456789
domicilio 123 Main Street ciudad Anytown estado IL código postal 12345
n.º telefónico con código de área 312-555-1212

Sección II. Nombre de la persona u organización que está recibiendo la información médica protegida

En esta sección, se identifica a la persona o entidad (por ej., un familiar, amigo íntimo, corredor de seguros, abogado, otro interesado de confianza u organización) que están autorizadas a acceder la información médica protegida de la persona mencionada en la sección I. Si menciona una organización, identifique el nombre o el cargo de la persona que puede recibir la información médica protegida (por ej., representantes de beneficios, Departamento de Recursos Humanos, encargado de alguna agencia de seguro médico, entre otros). Ejemplo: *Jane Doe ha identificado a su hija, Suzy Smith, como la persona que puede recibir su información médica protegida.*

Solicito y autorizo que Blue Cross and Blue Shield of Texas divulgue mi información médica protegida para los propósitos mencionados a continuación. **Entiendo que, si la persona u organización mencionadas no son una compañía aseguradora o un prestador de servicios médicos, es posible que la información divulgada no esté protegida por las leyes federales en materia de privacidad.**

personas/organizaciones autorizadas para recibir la información Suzy Smith
parentesco Daughter propósito Assisting in medical care
domicilio 123 Main Street ciudad Anytown estado IL código postal 12345

Sección III. Descripción de la información médica protegida que se está divulgando

(Esta autorización no es válida para la divulgación de apuntes psicoterapéuticos)

En esta sección, la persona mencionada en la Sección I selecciona qué información médica protegida y la manera en que desea divulgarla a la persona u organización mencionadas en la Sección II. La Sección III tiene 2 partes que se deben completar en su totalidad.

Sección III A. Divulgación de información médica protegida por las leyes estatales

En esta sección, la persona mencionada en la Sección I autoriza si desea que cierta información médica (que podría estar protegida por las leyes estatales) se divulgue a la persona o la entidad mencionadas en la Sección II. Debe seleccionar la casilla "sí" o "no". Ejemplo: Jane ha autorizado que Suzy reciba su información médica que podría estar protegida por las leyes estatales.

Debe seleccionar la casilla "sí" o "no" si autoriza la divulgación de la información médica, de los resultados de exámenes, de los registros o de los comunicados específicos. **(Aviso: Un "sí" indica que esta información se incluye en las categorías que nombra en la parte B a continuación.)**

La información médica protegida por las leyes estatales incluye lo siguiente:

- Ciertas enfermedades contagiosas (por ej., el virus de inmunodeficiencia humana, las enfermedades por contacto sexual y la hepatitis, etc.), el abuso de sustancias (como el consumo de drogas o alcohol), las pruebas de salud mental y genéticas.

☒ Sí
☐ No



Sección III B. Divulgación de la información médica protegida (seleccione todas las necesarias)

En esta sección, la persona mencionada en la Sección I indica los tipos de información médica protegida que BCBSTX puede divulgarle a la persona u organización autorizadas mencionadas en la Sección II. También se debe indicar las fechas de servicio para que BCBSTX solo divulgue la información solicitada. Ejemplo: *Jane le autoriza a BCBSTX a que le divulgue a Suzy la información sobre reclamaciones del 12 de junio de 2020 al 30 de marzo de 2022.*

		Fechas de servicio (mes/día/año)	
		del:	al:
☐	Información de la cobertura médica:		
☒	Información sobre reclamaciones:	<u>6-12-20</u>	<u>03-30-22</u>
☐	Información sobre determinaciones de servicios:		
☐	Información sobre primas:		
☐	Servicios del prestador de servicios médicos o proveedor:		
☐	Otra información:		

(Especifique otra información que no aparezca en las categorías mencionadas)

Sección IV. Vigencia y revocación

En esta sección, la persona mencionada en la Sección I debe seleccionar una fecha para finalizar la vigencia de esta autorización y reconocer su derecho para revocar esta Autorización en cualquier momento. Todas las autorizaciones requieren una fecha o suceso de vigencia (por ej. **"fecha de alta por hospitalización"**, **"fecha en que termina una rehabilitación"**, etc.). Ejemplo: *La autorización de Jane tiene una validez de un año a partir de la fecha en que se firma, a menos que Jane decida revocarla.*

Vigencia: La vigencia de la autorización será (debe seleccionar una opción):

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

Derecho a revocar: Entiendo que puedo dar por terminada esta autorización en cualquier momento mediante un aviso por escrito dirigido a BCBSTX a la dirección que aparece al final de este formulario. **Entiendo que al revocar esta autorización no afectará cualquier medida correspondiente que tome la entidad mencionada antes de que la entidad reciba mi aviso de revocación por escrito.**

Sección V. Firma

En esta sección, la persona mencionada en la Sección I firma y fecha el formulario. Sin embargo, si el representante autorizado mencionado a continuación completa el formulario, el mismo debe proporcionar documentación como se describe a continuación. Si la persona es un menor de 18 años, en cuyo caso, uno de sus padres o tutor debe firmar el formulario de autorización. Debe firmarlo la persona, el padre del menor o el representante autorizado. Ejemplo: *Jane firma y fecha el formulario.*

Entiendo que esta autorización es de carácter voluntario y que, al firmarla, la compañía de seguros no puede cambiar mi elegibilidad para los servicios con cobertura, los tratamientos, la solicitud de cobertura o el pago de reclamaciones. Entiendo que si estoy firmando en nombre de un menor, mi autorización tendrá validez hasta que el menor cumpla 18 años, a menos que se presenten pruebas de tutela.

firma Jane Doe fecha (mes/día/año) 03-30-22

Si es apoderado, tutor, albacea o administrador, proporcione la información que se solicita a continuación y presente los documentos legales correspondientes. Aviso: No tiene que adjuntar copias de estos documentos si ya constan en los archivos de BCBSTX.

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 _____

Sección final

En esta sección, se ofrecen sugerencias sobre cómo mantener una copia de la autorización antes de entregarla a BCBSTX.

ANTES DE ENVIAR UN FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DEBE MANTENER UNA COPIA PARA SUS REGISTROS:

1. HACIENDO UNA FOTOCOPIA DE ESTE FORMULARIO FIRMADO; O
2. COMPLETANDO Y FIRMANDO EL FORMULARIO DUPLICADO QUE RECIBÍ O IMPRIMIÓ.



FORMULARIO ESTÁNDAR DE AUTORIZACIÓN PARA EL USO O LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Sección I. Nombre de la persona cuya información médica protegida se está divulgando

nombre _____ apellido _____ n.º de grupo _____
n.º de seguro social _____ fecha de nacimiento _____ n.º de asegurado/titular de la póliza _____
domicilio _____ ciudad _____ estado _____ código postal _____
n.º telefónico con código de área _____

Sección II. Nombre de la persona u organización que está recibiendo la información médica protegida

Solicito y autorizo que Blue Cross and Blue Shield of Texas divulgue mi información médica protegida para los propósitos mencionados a continuación. **Entiendo que, si la persona u organización mencionadas no son una compañía aseguradora o un prestador de servicios médicos, es posible que la información divulgada 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 _____

Sección III. Descripción de la información médica protegida que se está divulgando

(Esta autorización no es válida para la divulgación de apuntes psicoterapéuticos)

Sección III A. Divulgación de información médica protegida por las leyes estatales.

Debe seleccionar la casilla "sí" o "no" si autoriza la divulgación de la información médica, de los resultados de exámenes, de los registros o de los comunicados específicos. **(Aviso: Un "sí" indica que esta información se incluye en las categorías que nombra en la parte B a continuación.)**

La información médica protegida por las leyes estatales incluye lo siguiente:

- Ciertas enfermedades contagiosas (por ej., el virus de inmunodeficiencia humana, las enfermedades por contacto sexual y la hepatitis, etc.), el abuso de sustancias (como el consumo de drogas o alcohol), las pruebas de salud mental y genéticas.
- ☐ Sí ☐ No

Sección III B. Divulgación de la información médica protegida (seleccione todas las necesarias)

		Fechas de servicio (mes/día/año)	
		del:	al:
☐ Información de la cobertura médica:	Incluye información del certificado de beneficios y servicios médicos (por ej., copagos, coaseguro, elegibilidad y más información sobre servicios incluidos).	_____	_____
☐ 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.).	_____	_____
☐ Información sobre determinaciones de servicios:	Incluye cualquier información en relación con las decisiones previas, concurrentes y posteriores al servicio.	_____	_____
☐ Información sobre primas:	Incluye información en relación con ciclos de facturación, cambios a cargos a cuenta bancaria, etc.	_____	_____
☐ Servicios del prestador de servicios médicos o proveedor:	Nombre del prestador/proveedor: _____ (Incluya la información sobre los servicios que ofrece el prestador o proveedor.)	_____	_____
☐ Otra información:	_____ (Especifique otra información que no aparezca en las categorías mencionadas.)	_____	_____



Sección IV. Vigencia y revocación

Vigencia: La vigencia de la autorización será *(debe seleccionar una opción)*:

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

Derecho a revocar: Entiendo que puedo dar por terminada esta autorización en cualquier momento mediante un aviso por escrito dirigido a BCBSTX a la dirección que aparece al final de este formulario. **Entiendo que al revocar esta autorización no afectará cualquier medida correspondiente que tome la entidad mencionada antes de que la entidad reciba mi aviso de revocación por escrito.**

Sección V. Firma

Entiendo que esta autorización es de carácter voluntario y que, al firmarla, la compañía de seguros no puede cambiar mi elegibilidad para los servicios con cobertura, los tratamientos, la solicitud de cobertura o el pago de reclamaciones. Entiendo que si estoy firmando en nombre de un menor, mi autorización tendrá validez hasta que el menor cumpla 18 años, a menos que se presenten pruebas de tutela.

firma _____ fecha (mes/día/año) _____

Si es apoderado, tutor, albacea o administrador, proporcione la información que se solicita a continuación y presente los documentos legales correspondientes. Aviso: No tiene que adjuntar copias de estos documentos si ya constan en los archivos de BCBSTX.

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 _____

Sección final

ANTES DE ENVIAR UN FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DEBE MANTENER UNA COPIA PARA SUS REGISTROS:

1. HACIENDO UNA FOTOCOPIA DE ESTE FORMULARIO FIRMADO; O
2. COMPLETANDO Y FIRMANDO EL FORMULARIO DUPLICADO QUE RECIBÍ O IMPRIMÍ.

ENVÍE LA AUTORIZACIÓN RELLENADA Y FIRMADA A LA SIGUIENTE DIRECCIÓN:

Blue Cross and Blue Shield of Texas
PO Box 660044
Dallas, TX 75266-0044

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

Queda estrictamente prohibido modificar el formato, el contenido o la marca comercial de este formulario sin previa autorización del Departamento de Asuntos de Privacidad del HCSC (HSCS 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

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.

Español 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 1-855-710-6984 (TTY: 711) o hable con su proveedor.
العربية 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 1-855-710-6984 (TTY: 711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك.

中文 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 1-855-710-6984 (TTY: 711) 或咨询您的服务提供商。
Français 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 1-855-710-6984 (TTY: 711) ou parlez à votre fournisseur.
Deutsch 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 1-855-710-6984 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.
ગુજરાતી 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. 1-855-710-6984 (TTY: 711) પર કૉલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.
हिंदी 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। 1-855-710-6984 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।
Italiano 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 1-855-710-6984 (TTY: 711) o rivolgiti a un assistente.
한국어 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. 1-855-710-6984 (TTY: 711) 번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.
Diné 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'. 1-855-710-6984 (TTY: 711) jį' hodíłni éí doodago nits'íís náyaa áhályánii bich'í' hadíłdzi.
فارسی 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 1-855-710-6984 (TTY: 711) تماس بگیرید یا با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید.
Polski 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 1-855-710-6984 (TTY: 711) lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.
РУССКИЙ 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 1-855-710-6984 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.
Tagalog 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 1-855-710-6984 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.
اردو 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۔ 1-855-710-6984 (TTY: 711) پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔
Tiếng Việt 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 1-855-710-6984 (TTY: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.