BlueCross BlueShield of Texas

Solicitud de reporte de divulgaciones de Información de salud protegida (*PHI*, en inglés)

Con este formulario puede solicitar un reporte de cómo se divulgó su Información de salud protegida (*Protected Health Information, PHI,* en inglés) por parte de Blue Cross and Blue Shield of Texas o sus Socios. Ese reporte no incluirá esas divulgaciones exentas de reportarse conforme a las leyes que aplican. Usted tiene derecho a recibir un Reporte de divulgación para un período de doce (12) meses sin costo. Blue Cross and Blue Shield of Texas pudiera cobrarle una cuota para procesar solicitudes adicionales que se reciban dentro de ese período. Si necesita ayuda para llenar este formulario, por favor llame a Servicio al Cliente al número que se encuentra en su tarjeta de asegurado. Llene todo el formulario.

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

Sección A: Por favor identifique a la persona para la cual se solicita un reporte de divulgaciones de Información de salud protegida:

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 B: Por favor indique el período de tiempo para el cual se solicita el reporte. Aviso: El período de tiempo no puede exceder seis (6) años antes de la fecha en que se solicita el reporte.

Del: _____ **mes/día/año**

Al: _____ **mes/día/año**

Sección C: 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 proporcione un reporte de cómo se ha divulgado mi Información de salud protegida según se ha especificado anteriormente en la Sección B. Yo entiendo que solo puedo firmar por una persona menor de los 18 años de edad; y que solo puedo firmar por un menor que sea mayor de los 18 años, siempre y cuando se compruebe la tutela.

Firma: | **Fecha: mes/día/año**

BlueCross BlueShield of Texas

Sección D: Si un Representante Personal firma la Sección C, 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 la persona que solicita el reporte**

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 تساعده أسئلة، فلديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون اية تكلفة. للتحدث إلى مترجم فوري، اتصل على رقم خدمة العملاء المذكور على ظهر بطاقة عضويتك. فإن لم تكن عضوًا، 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 કૉલ કરો. જો આપ સભ્યપદ ના ધરાવતા હોવ, અથવા આપની પાસે કાર્ડ નથી તો 855-710-6984 નંબર પર કૉલ 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、情報を入手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 있는고객 서비스 번호로 전화하십시오. 회원이 아니시거나 카드가 없으시면 855-710-6984 으로 전화주십시오.
ພາສາລາວ Laotian	ຖ້າທ່ານ ຫຼື ຄົນທີ່ທ່ານກຳລັງໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອມີຄຳຖາມ, ທ່ານມີສິດຂໍເອົາການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຂໍມູນເປັນພາສາຂອງທ່ານໄດ້ໂດຍບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ເພື່ອລົມກັບນາຍແປພາສາ, ໃຫ້ໂທຫາເບີຝ່າຍບໍລິການລູກຄ້າທີ່ມີຢູ່ດ້ານຫຼັງບັດສະມາຊິກຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານບໍ່ແມ່ນສະມາຊິກ, ຫຼື ບໍ່ມີບັດ, ໃຫ້ໂທຫາເບີ 855-710-6984.
Diné Navajo	T'áá ni, éí doodago ła'da bíká anánílwo'ígíí, na'ídíłkidgo, ts'ídá bee ná ahóóti'i' t'áá níík'e níká a'doolwoł. Ata' halne'í bich'į' hadeesdzih nínízingo éí kwe'é da'ínííshgi áká anídaalwo'ígíí bich'į' hodíílnih, bee néehózinii bine'dęę' bikáá'. Kojí atah naaltsoos ná hadít'éégóó éí doodago bee néehózinígíí ádingo kojį' hodíílnih 855-710-6984.
فارسی Persian	اگر شما، یا کسی که شما به او کمک مي کنید، سؤالی 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 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 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 کررہے 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.

BlueCross BlueShield of Texas

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, 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	Teléfono:	855-664-7270 (correo de voz)
300 E. Randolph St.	TTY/TDD:	855-661-6965
35th Floor	Fax:	855-661-6960
Chicago, Illinois 60601	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 Recursos Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services) por estos medios:

U.S. Dept. of Health & Human Services	Teléfono:	800-368-1019
200 Independence Avenue SW	TTY/TDD:	800-537-7697
Room 509F, HHH Building 1019	Portal de quejas:	https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf
Washington, DC 20201	Formulario de quejas:	http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html

BCBSTX 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 1-800-735-2989.