



Solicitud de acceso a información médica protegida

Use este formulario para solicitar una copia de su información médica protegida (*Protected Health Information, PHI*) de un conjunto de expedientes que conservan ya sean Blue Cross and Blue Shield of Illinois o uno de sus socios. Si necesita ayuda para completar este formulario, comuníquese con Servicio al Cliente al número en su tarjeta de asegurado. Complete el formulario en su totalidad.

DESPUÉS DE COMPLETAR Y FIRMARLO, ENVÍELO POR CORREO A:

Blue Cross and Blue Shield of Illinois
P.O. Box 660044
Dallas, TX 75266-0044
OCA_SSD@bcbstx.com

Sección A: Proporcione información de la persona para quien se le está solicitando el acceso.

_____	_____	_____	_____
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			

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.

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 Illinois 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	télefono

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 Illinois 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 Illinois.

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 del HCSC (HSCS Privacy Office).