



## Solicitud para modificar la información médica protegida

Use este formulario para solicitar que se modifique su información médica protegida (*Protected Health Information, PHI*) en el conjunto designado 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](mailto:OCA_SSD@bcbstx.com)

Sección A: Proporcione información de la persona para quien se solicita la modificación.			
_____	_____	_____	_____
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: Marque con una "X" los cuadros correspondientes a los expedientes que solicita que se modifiquen, e indique fechas específicas:					
<b>Registros de la cobertura</b>	<b>Del:</b>	<b>al:</b>	<b>Expedientes de reclamaciones</b>	<b>Del:</b>	<b>al:</b>
				<i>(mes/día/año)</i>	<i>(mes/día/año)</i>
<input type="checkbox"/> Solicitud, suscripción o registro de estados de cuenta del médico que le atiende	_____	_____	<input type="checkbox"/> médicas	_____	_____
<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"/> de servicios para la vista	_____	_____
			<input type="checkbox"/> de servicios para la salud mental	_____	_____
Indique la razón por la que se deben modificar estos expedientes:					
_____					

Sección C: Proporcione los nombres y los domicilios de las personas a las que se les debe notificar, si aceptamos hacer la modificación.	
_____	_____
nombre	nombre
_____	_____
domicilio	domicilio
_____	_____
ciudad, estado, código postal	ciudad, estado, código postal



**Sección D: Firma**

**Este documento tiene que ser 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 modifique mi información médica protegida según se ha especificado en la Sección B. Entiendo que solo puedo firmar por una persona menor de los 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 modificación**

\_\_\_\_\_ **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).**