



Solicitud de reporte de divulgaciones de Información médica protegida

Con este formulario puede solicitar un reporte de cómo se divulgó su Información médica protegida (*Protected Health Information*, PHI, en inglés) por parte de Blue Cross and Blue Shield of Illinois 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 Illinois pudiera cobrarle una cuota para procesar solicitudes adicionales que se reciban dentro de ese período. Si necesita ayuda para llenar este formulario, comuníquese con Servicio al Cliente al número que se encuentra en su tarjeta de asegurado. Llene todo el formulario.

DESPUÉS DE LLENARLO 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: Identifique a la persona para la cual se solicita un reporte de divulgaciones de Información médica 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: 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 Illinois proporcione un reporte de cómo se ha divulgado mi Información médica protegida según se ha especificado anteriormente en la Sección B. Yo entiendo que solo puedo firmar por una persona menor de los 18 años; 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 _____



Sección D: Si un Representante Personal firma la Sección C, proporcione la siguiente información.

Si firma con capacidad de un poder notarial, tutor, albacea o administrador, 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 Illinois.

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, el contenido o la marca comercial de este formulario sin previa autorización del Departamento de Asuntos de Privacidad de HCSC (HCSC Privacy Office).