Blue Cross Community Health Plans℠

Formulario para notificar incidentes críticos para los asegurados

Notifique todos los incidentes críticos a la línea directa de incidentes críticos al **1-855-334-4780**.
Este formulario es solamente una guía. Tenga esta información a mano cuando notifique un incidente crítico y guarde este formulario para llevar un registro.

Nombre del asegurado (apellido, nombre):	Número de asegurado de Medicaid:
Fecha de nacimiento:	Número de asegurado de BCBS:
Prestador principal de servicios médicos (PCP, en inglés):	Tipo de cobertura: ☐ BCCHP

Categorías de elegibilidad:

- ☐ Personas de la tercera edad
- ☐ Discapacidades físicas
- ☐ Servicios en centros de enfermería
- ☐ Lesión traumática del cerebro
- ☐ Centros de vida asistida
- ☐ Programa de servicios de vida asistida
- ☐ VIH/sida
- ☐ Ancianos ciegos y discapacitados
- ☐ Ninguno de los anteriores

Referido por (persona o entidad que notifica el incidente):

Nombre:

Relación con el asegurado:	Teléfono:

Indique la fecha y la hora del incidente.

Fecha:	Hora:

Lugar del incidente:

- ☐ Hogar del asegurado
- ☐ Hospital para problemas agudos
- ☐ Centro de tratamiento residencial
- ☐ Asilo
- ☐ Centro para pacientes externos
- ☐ Cuidado tutelar terapéutico (TFC)
- ☐ Sala de emergencias
- ☐ Otro
- ☐ Refugio
- ☐ Tratamiento diurno

Dirección:

Teléfono:

Resumen del incidente: (Si lo necesita, puede usar más hojas).

Nombre de todas las personas involucradas en el incidente crítico:

Si corresponde, nombre de la agencia involucrada en el incidente crítico:

Se exige que los incidentes críticos por sospecha de abuso, negligencia o explotación se informen a las siguientes agencias estatales.
Marque la casilla correspondiente para indicar a qué agencia se informó.

Indique la fecha y la hora del informe. Fecha: _____ Hora: _____

- ☐ Para asegurados a partir de los 18 años, llame a la línea directa de Illinois Department on Aging-Adult Protective Services (servicios de protección para adultos del departamento para personas de la tercera edad de Illinois): **1-866-800-1409** (voz) TTY: **1-888-206-1327**
- ☐ Para asegurados en centros de enfermería, llame a la línea directa para quejas sobre asilos del Departamento de Salud Pública: **1-800-252-4343**
- ☐ Para asegurados en centros de vida asistida (SLF, en inglés), llame a la línea directa para quejas de centros de vida asistida del Departamento de Cuidado de Salud y Servicios para Familias: **1-800-226-0768**
- ☐ Autoridades policiales: **9-1-1** para comunicarse con las autoridades policiales locales

Se exige que los incidentes críticos que involucren un fraude al sistema de Medicaid se informen a los siguientes números:

- ☐ Oficina del Inspector General de Illinois: **1-800-368-1463**
- ☐ BCBSIL Special Investigations Fraud Abuse (departamento de investigaciones especiales por fraude y abuso de BCBSIL): **1-800-543-0867**

Tipo de incidente

- ☐ Abuso
  - ☐ Abuso físico
  - ☐ Abuso sexual
  - ☐ Abuso emocional o verbal
- ☐ Médico o psiquiátrico
  - ☐ Emergencia médica o psiquiátrica
  - ☐ Autolesión o herida que necesite atención médica
- ☐ Riesgo ambiental
  - ☐ Daños o afectaciones por incendios o desastres naturales
  - ☐ Otro
  - ☐ Ninguno
- ☐ Muertes
  - ☐ Muertes esperadas
  - ☐ Muertes inesperadas
  - ☐ Muerte inusual de un asegurado
  - ☐ Muerte relacionada con abuso, negligencia o explotación
  - ☐ Muerte de un tercero
- ☐ Cuidador
  - ☐ Robo o asalto en las instalaciones
  - ☐ Descubrimiento de condiciones peligrosas o físicas
  - ☐ Incidente grave que da lugar a medidas legales
- ☐ Negligencia
  - ☐ Negligencia pasiva
  - ☐ Negligencia activa o deliberada
  - ☐ Dejadez de uno mismo
- ☐ Problemas en el comportamiento
  - ☐ El asegurado está desaparecido
  - ☐ El asegurado tiene un arma
  - ☐ El asegurado muestra comportamientos de agresividad física
  - ☐ Intento de suicidio por parte del asegurado
  - ☐ Ideas de suicidio o amenazas por parte del asegurado
  - ☐ Sospecha de drogadicción o alcoholismo por parte del asegurado
  - ☐ Daño de una propiedad de $50 o más por parte del asegurado
  - ☐ Autolesión
- ☐ Actividad delictiva o con las autoridades policiales
  - ☐ Asegurado detenido, acusado o condenado por un delito
  - ☐ Profesional médico detenido, acusado o condenado por un delito
  - ☐ Reclusión en un centro penitenciario
  - ☐ Actividades fraudulentas por parte del asegurado
  - ☐ Actividades fraudulentas por parte del profesional médico
  - ☐ Actividades fraudulentas por parte del cuidador (por ejemplo, se registraron horas en la planilla de horarios que no se trabajaron)
- ☐ Conducta sexual impropia
  - ☐ Acoso sexual
  - ☐ Comportamiento sexual problemático
- ☐ Explotación
  - ☐ Apropiación indebida de bienes, inclusive de robo de los bienes del asegurado
  - ☐ Económica
  - ☐ Explotación sexual
  - ☐ Otra
- ☐ Asilo
  - ☐ Cualquier delito que ocurra en el terreno del centro
  - ☐ Corte de energía eléctrica por más de una hora
  - ☐ Evacuación de los residentes por cualquier motivo
  - ☐ Daño físico a los residentes a causa de una falla mecánica o fuerza mayor
  - ☐ Encendido de las alarmas contra incendio con lesiones o daños al apartamento
- ☐ Otro
  - ☐ Participación o consulta de los medios de comunicación
  - ☐ Amenazas en contra de empleados de una agencia estatal o de BCBSIL
  - ☐ Falsificación de credenciales o registros
  - ☐ Informe en contra de empleados de una agencia estatal o de BCBSIL
  - ☐ Soborno o intento de soborno por parte de un empleado de una agencia estatal o de BCBSIL
  - ☐ Evento médico importante por parte del asegurado o profesional médico
  - ☐ Robo de bienes del profesional médico por parte de un asegurado
  - ☐ Restricción
  - ☐ Aislamiento o confinamiento

Nombre y número de teléfono de la persona que completa el formulario si no es quien hizo el referido que se menciona anteriormente:

Nombre: _____ **Teléfono:** _____

Fecha en la que se completó el formulario: _____

Blue Cross and Blue Shield of Illinois, una división de Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company (HCSC), licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association, ofrece la cobertura Blue Cross Community Health Plans.

Aviso de no discriminación

Tener cobertura médica es importante para todos.

No discriminamos por motivos de raza, color, origen nacional (incluido el conocimiento limitado del inglés y la lengua materna), edad, discapacidad o sexo (tal y como se entiende en la normativa aplicable). Ofrecemos a las personas con discapacidades modificaciones razonables y ayudas sin costo para la comunicación a fin de permitir una comunicación eficaz con nosotros. También ofrecemos servicios sin costo de asistencia lingüística a personas cuya lengua materna no sea el inglés.

Para recibir sin costo modificaciones razonables, ayudas para la comunicación o asistencia lingüística, llámenos al 1-877-860-2837.

Si cree que no hemos prestado un servicio, o piensa que sufrió discriminación de cualquier otra manera, puede presentar una inconformidad ante la siguiente entidad:

Coordinador de la Oficina de Derechos Civiles
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:
civilrightscoordinator@bcbsil.com

Puede presentar una inconformidad en persona, por correo postal, por fax o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una inconformidad ante la Oficina de Derechos Civiles, un coordinador está a su disposición para brindarle ayuda.

Usted tiene el derecho de presentar una queja por derechos civiles en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU, 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.bcbsil.com/bcchp/legal-and-privacy/non-discrimination-notice

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 1-877-860-2837 (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 1-877-860-2837 (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 الرقم1-877-860-2837 (TTY: 711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة.

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 1-877-860-2837（文本电话：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 1-877-860-2837 (TTY : 711) ou parlez à votre fournisseur.
Deutsch German	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzdienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-877-860-2837 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.
ગુજરાતી Gujarati	ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. યોગ્ય ઑક્ઝિલરી સહાય અને ઍક્સેસિબલ ફૉર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. 1-877-860-2837 (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 होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-877-860-2837 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।
Italiano Italian	ATTENZIONE: se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama l'1-877-860-2837 (tty: 711) o parla con il tuo fornitore.
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. 1-877-860-2837 (TTY: 711)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.
Diné Navajo	SHOOH: Diné bee yániłti'gogo, saad bee aná'awo' bee áka'anída'awo'ít'áá jiik'eh ná hóló. Bee ahił hane'go bee nida'anishí t'áá ákodaat'éhígíí dóó bee áka'anída'wo'í áko bee baa hane'í bee hadadilyaa bich'į' ahoot'i'ígíí éí t'áá jiik'eh hóló. Kohjį' 1-877-860-2837 (TTY: 711) hodíilnih doodago nika'análwo'í bich'į' hanidziih.
فارسي Farsi	توجه: اگر [وارد کردن زبان] صحبت می‌کنید، خدمات پشتیبانی زبانی رایگان در دسترس شما قرار دارد. همچنین کمک‌ها و خدمات پشتیبانی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب‌های قابل دسترس، به‌طور رایگان موجود می‌باشند. با شماره 1-877-860-2837 (تله‌تایپ: 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 1-877-860-2837 (TTY: 711) lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.
РУССКИЙ Russian	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-877-860-2837 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.
Tagalog Tagalog	PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong 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 1-877-860-2837 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.
اردو Urdu	توجہ دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے زبان کی مفت مدد کی خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔ 1-877-860-2837 (TTY: 711) پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔
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 dịch vụ 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 1-877-860-2837 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.