

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: <input type="checkbox"/> BCCHP

Categorías de elegibilidad:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Personas de la tercera edad | <input type="checkbox"/> Lesión traumática del cerebro | <input type="checkbox"/> VIH/sida |
| <input type="checkbox"/> Discapacidades físicas | <input type="checkbox"/> Centros de vida asistida | <input type="checkbox"/> Ancianos ciegos y discapacitados |
| <input type="checkbox"/> Servicios en centros de enfermería | <input type="checkbox"/> Programa de servicios de vida asistida | <input type="checkbox"/> 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:

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hogar del asegurado | <input type="checkbox"/> Asilo | <input type="checkbox"/> Cuidado tutelar terapéutico (TFC) | <input type="checkbox"/> Refugio |
| <input type="checkbox"/> Hospital para problemas agudos | <input type="checkbox"/> Centro para pacientes externos | <input type="checkbox"/> Sala de emergencias | <input type="checkbox"/> Tratamiento diurno |
| <input type="checkbox"/> Centro de tratamiento residencial | <input type="checkbox"/> Otro | | |
- 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.

Si desea obtener materiales y servicios de asistencia o en otros formatos e idiomas de manera gratuita, llame al 1-877-860-2837 TTY/TDD: 7-1-1.

Blue Cross and Blue Shield of Illinois cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina según raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Blue Cross and Blue Shield of Illinois no excluye personas ni las trata de manera diferente según su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Blue Cross and Blue Shield of Illinois:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidad para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como por ejemplo:
 - Intérpretes de lengua de signos capacitados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios de idiomas gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés (English), como por ejemplo:
 - Intérpretes capacitados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con el coordinador de derechos civiles.

Si cree que Blue Cross and Blue Shield of Illinois no ha proporcionado estos servicios, o ha discriminado de alguna otra manera según raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una inconformidad ante: Civil Rights Coordinator, Office of Civil Rights Coordinator, 300 E. Randolph St., 35th floor, Chicago, Illinois 60601, 1-855-664-7270, TTY/TDD: 1-855-661-6965, fax: 1-855-661-6960, Civilrightscoordinator@hsc.net. Puede presentar una inconformidad personalmente, o bien, por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una inconformidad, el coordinador de derechos civiles está a su disposición para ayudarle.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina para los derechos civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., de forma electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina para los derechos civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo o por teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

English: ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-877-860-2837 (TTY/TDD: 711)**.

Español (Spanish): ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-877-860-2837 (TTY/TDD: 711)**.

繁體中文 (Chinese): 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-877-860-2837 (TTY/TDD: 711)**。

Tagalog (Tagalog – Filipino): PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **1-877-860-2837 (TTY/TDD: 711)**.

Français (French): ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-877-860-2837 (ATS : 711)**.

Tiếng Việt (Vietnamese): CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-877-860-2837 (TTY/TDD: 711)**.

Deutsch (German): ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: **1-877-860-2837 (TTY/TDD: 711)**.

한국어 (Korean): 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-877-860-2837 (TTY/TDD: 711)**번으로 전화해 주십시오.

Русский (Russian): ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-877-860-2837 (телетайп: 711)**.

عربي (Arabic): ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-877-860-2837 (رقم هاتف الصم والبكم: 117)**.

हिंदी (Hindi): ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। **1-877-860-2837 (TTY/TDD: 711)** पर कॉल करें।

Italiano (Italian): ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero **1-877-860-2837 (TTY/TDD: 711)**.

ગુજરાતી (Gujarati): ધ્યાન દે: જો તમે ગુજરાતી બોલતો છો, તો તમારું ભાષા સહાયતા સેવાઓ મુક્તમાં ઉપલબ્ધ છે. **1-877-860-2837 (TTY/TDD: 711)** પર કોલ કરો.

Urdu (Urdu): دیکھو: اگر آپ اردو بولتے ہیں تو آپ کے لیے مفت میں زبان کی مدد کی خدمات دستیاب ہیں۔ **1-877-860-2837 (TTY/TDD: 711)** پر کال کریں۔

Polski (Polish): UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer **1-877-860-2837 (TTY/TDD: 711)**.

λληνικά (Greek): ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεση σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε **1-877-860-2837 (TTY/TDD: 711)**.