



## Solicitud de comunicación confidencial

Usted tiene el derecho de solicitar que Blue Cross Community Health Plans ("la Aseguradora") use alguna otra dirección o medio de comunicación para hacerle llegar su información médica protegida (PHI). Puede solicitarse para no poner en peligro a alguna persona. Use este formulario para solicitarle a la Aseguradora que en un futuro use esta dirección.

Esta solicitud también puede utilizarse para desechar o cambiar una solicitud previamente aprobada. Debe completar todos los campos de la solicitud.

Concederemos su solicitud inicial si se cumplen todos los criterios siguientes:

1. La solicitud es razonable.
2. Usted afirma claramente que no cumplir esta solicitud podría ponerlo en peligro.
3. Usted proporciona otra dirección razonable para que la Aseguradora se comunique con usted.
4. Usted proporciona una explicación razonable de cómo se manejarán los pagos (de ser el caso) si se utiliza otra ubicación.

### NO USE ESTE FORMULARIO PARA SOLICITAR UN CAMBIO DE DOMICILIO

Comuníquese con Atención al Asegurado si necesita ayuda para completar esta solicitud o con un cambio de domicilio. El número aparece en la tarjeta de asegurado.

**Una vez que complete y firme todo, envíelo por correo a:**

**Blue Cross Community Health Plans  
C.c.p.: Privacy Office  
P.O. Box 804836  
Chicago, IL 60680-4110  
OCA\_SSD@bcbstx.com**

**O por correo electrónico a:**

### Sección A: Solicitud de comunicación confidencial o de modificación a una solicitud previa

Seleccione uno de los siguientes:

- Primera solicitud - Este formulario es la primera Solicitud de comunicación confidencial. (Complete la solicitud en su totalidad).
- Modificación de una solicitud anterior - Este formulario modifica una Solicitud de comunicación confidencial previamente aprobada. (Complete la solicitud en su totalidad).
- Finalizar una solicitud anterior - Este formulario finaliza una Solicitud de comunicación confidencial previamente aprobada. (Complete la Sección B y pase a la Sección D).

Ingrese la fecha para desechar la solicitud: \_\_\_\_\_

**Sección B: La persona que solicita que se utilice otra dirección. Complete todos los campos siguientes:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección actual: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico (si cuenta con uno): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Número de asegurado: \_\_\_\_\_

Número de grupo: \_\_\_\_\_

**Sección C: Complete lo siguiente:**

¿Estará usted en peligro si la Aseguradora envía su información médica protegida (PHI) a la dirección que aparece en la parte superior? Si la respuesta es "no", comuníquese con Atención al Asegurado para solicitar un cambio de domicilio. El número aparece en la tarjeta de asegurado.

Sí       No

Cómo estará en peligro:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Solicito que toda mi información médica protegida se envíe a la siguiente dirección:

Dirección:

\_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico (si cuenta con uno): \_\_\_\_\_

Indique cómo se realizarían los pagos (de ser el caso) utilizando la otra dirección que usted proporcionó.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Si se concede la solicitud, tome en cuenta lo siguiente:**

1. La solicitud únicamente es válida para la cobertura vigente. Deberá presentar una nueva Solicitud de comunicación confidencial si cambia de cobertura, lo que incluye (sin ser exhaustivos), cambios de número de grupo o titular de la póliza o servicios con cobertura (p. ej., si se añade cobertura dental).
2. La solicitud expirará dieciocho (18) meses después de que la cobertura haya finalizado.
3. La Aseguradora es únicamente responsable por la información médica protegida que divulgue a la otra dirección que usted ha proporcionado en la Sección C.

**Sección D: Firma - Esta solicitud deberá firmarla el (la) interesado/a, uno de los padres de un menor de edad o el representante personal del (de la) interesado/a.**

Solicito que la Aseguradora divulgue mi información médica protegida según se indica en la Sección C. Soy consciente de que la Aseguradora no tiene la obligación de aceptar mi petición. Recibiré por escrito una decisión acerca de mi petición.

Sé que si estoy firmando en nombre de un menor de edad, esta solicitud caducará una vez el menor de edad cumpla 18 años, a menos de que exista prueba legal de tutela.

\_\_\_\_\_  
**Firma del (de la) asegurado/a**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**Sección E: Si la sección D está firmada por un representante personal, por favor complete la información a continuación:**

**Tutor o representante legal elegido**

Si el (la) asegurado/a ha elegido a alguien para que firme este formulario en su nombre, esa persona debe llenar las siguientes líneas.

Adjunte una copia de un poder notarial para el cuidado de la salud, una orden judicial u otro documento que demuestre que esta persona puede actuar en nombre del (de la) asegurado/a.

Tutor o representante legal (escriba el nombre completo): \_\_\_\_\_

Relación con el (la) asegurado/a: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Comuníquese con Atención al Asegurado si tiene alguna otra pregunta. Con gusto atenderemos su llamada al **1-877-860-2837**. Los usuarios de TTY/TDD deben marcar **711**. Atendemos las 24 horas del día, los siete (7) días de la semana. Llamada gratuita.

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.

Para solicitar ayuda y servicios auxiliares o materiales en otros formatos e idiomas de manera gratuita, llame al 1-877-860-2837, TTY/TDD: 711.

Blue Cross and Blue Shield of Illinois cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo. Blue Cross and Blue Shield of Illinois no excluye a las personas ni las trata de manera diferente según su raza, color, país de origen, 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 los siguientes:
  - intérpretes capacitados en lenguaje de señas;
  - información escrita en otros formatos (letra grande, audio y formatos electrónicos accesibles, entre otros).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
  - 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 le proporcionó estos servicios o que le discriminó de alguna otra manera por su raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una inconformidad ante: Civil Rights Coordinator, Office of Civil Rights Coordinator, 300 E. Randolph St., 35<sup>th</sup> floor, Chicago, Illinois 60601, 1-855-664-7270, TTY/TDD: 1-855-661-6965, fax: 1-855-661-6960. Puede presentar su inconformidad por teléfono, por correo postal o fax. Si necesita ayuda para presentar una inconformidad, el coordinador de derechos civiles está a su disposición.

También, puede presentar una queja por derechos civiles ante la Oficina de 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 de Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o 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)

Formularios para presentar quejas 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)**.

**POLSKI (Polish): UWAGA:** Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer **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)**。

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

**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)**.

**العربية (Arabic):**

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-877-860-2837 (رقم هاتف الصم والبكم: 711)**.

**РУССКИЙ (Russian): ВНИМАНИЕ:** Если Вы говорите на русском языке, то Вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-877-860-2837 (Телетайп: 711)**.

**ગુજરાતી (Gujarati): સુચના:** જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નન:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો

**1-877-860-2837 (TTY/TDD: 711)**.

**اردو (Urdu):**

یاد رکھیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ **1-877-860-2837 (TTY: 711)** پر کال کریں۔

**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)**.

**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)**.

**हिन्दी (Hindi): ध्यान दें:** यदि आप हिन्दी बोलते हैं, तो आपके लिए भाषा सहायता सेवाएं नि:शुल्क उपलब्ध हैं।

**1-877-860-2837 (TTY/TDD: 711) पर कॉल करें।**

**FRENCH (French): ATTENTION:** Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-877-860-2837 (TTY/TDD : 711)**.

**ΕΛΛΗΝΙΚΑ (Greek): ΠΡΟΣΟΧΗ:** Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε **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)**.