



## SOLICITUD DE REPORTE DE DIVULGACIÓN

Utilice este formulario para obtener un registro de cualquier información médica protegida (PHI) administrada por Blue Cross Community Health Plans divulgada sobre usted.

**Parte A - Indique el nombre de la persona cuya información podría haberse divulgado:**

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

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

N.º telefónico \_\_\_\_\_

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

N.º de asegurado \_\_\_\_\_

**Parte B - Por favor, indique el rango de fechas que cubrirá esta solicitud:**

Desde: \_\_\_\_\_  
Mes/día/año

Hasta: \_\_\_\_\_  
Mes/día/año

No estamos obligados a proporcionarle un reporte de divulgaciones más allá de seis (6) años anteriores a la fecha de la solicitud. Asimismo, el reporte que recibirá no contendrá ninguna divulgación que se haya hecho acerca de lo siguiente:

- cualquier servicio de atención médica que haya recibido;
- cualquier pago por servicios de atención médica;
- hechos directamente a usted;
- hechos directamente a otras personas que usted autorizó para que lo representen y ayuden con su atención médica;
- para prevenir o reducir una amenaza contra la salud y la seguridad de la nación;
- para ayudar a los oficiales de gobierno en funciones gubernamentales especiales; y
- para ayudar a la policía y otras entidades que hacen cumplir la ley.

**Parte C - Firma: el documento debe estar firmado por el (la) asegurado/a o por un representante autorizado.**

\_\_\_\_\_  
**Firma**

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

**Si la Parte C fue firmada por un representante autorizado, le solicitamos lo siguiente:**

Adjunte una copia de un poder notarial válido para atención médica, una orden judicial vigente u otro documento oficial que demuestre que se le ha dado permiso para actuar en nombre del (de la) asegurado/a. Proporcione la siguiente información:

Escriba el nombre completo del representante autorizado: \_\_\_\_\_

Relación o parentesco con el (la) asegurado/a:

\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado y Código Postal: \_\_\_\_\_

N.º telefónico: \_\_\_\_\_

**Cuando complete este formulario, envíelo junto con cualquier otro documento a:**

**Blue Cross Community Health Plans  
c/o Privacy Office  
P.O. Box 805106  
Chicago, IL 60680-4112**

**O por correo electrónico a: [OCA\\_SSD@bcbstx.com](mailto:OCA_SSD@bcbstx.com)**

Si tiene cualquier otra pregunta, comuníquese con Atención al Asegurado al **1-877-860-2837** (TTY/TDD: **711**).  
Atendemos las 24 horas del día, los siete (7) días de la semana. Llamada gratuita.

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)**.