



## SOLICITUD DE RESTRICCIÓN DE BLUE CROSS COMMUNITY HEALTH PLANS

(Formulario para solicitar restricciones en la manera en que utilizamos o divulgamos su información médica protegida [PHI, en inglés])

**Llene este formulario si quiere limitar la manera en que utilizamos o divulgamos su información médica protegida, ya sea para tratamientos, pagos o para propósitos de operaciones de atención médica. También puede solicitar limitar la forma en que compartimos su información médica protegida con las personas que lo cuidan o que pagan por su cuidado.**

**DESPUÉS DE LLENARLO Y FIRMARLO, ENVÍELO POR CORREO 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)**

### **Antes de continuar:**

- Debe saber que no estamos obligados a aceptar su petición.
- Si estamos de acuerdo, limitaremos la forma en que utilizamos o divulgamos su información médica protegida. Existe la posibilidad de que sigamos usando o compartiendo la información médica protegida necesaria para tratamientos de emergencia o cuando nos lo indique la ley.
- Le enviaremos una carta para hacerle saber lo que decidamos.

### **Si hemos acordado limitar la forma en que utilizamos o divulgamos su información PHI:**

- Usted puede escribirnos en cualquier momento para pedirnos que dejemos de limitar la forma en que la usamos o la compartimos.
- Podemos enviarle una carta en cualquier momento para hacerle saber que ya no estamos de acuerdo en limitar el uso o la divulgación de su información médica protegida.
  - Si está de acuerdo con nosotros, ya no pondremos un límite a la forma en que usamos o compartimos su información PHI.
  - Si no está de acuerdo con nosotros, dejaremos de poner un límite a la forma en que usamos o compartimos cualquiera de la información PHI que creamos u obtuvimos después de la fecha en que ya no acordamos dejar de usarlas.

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.

Atentamente,

Blue Cross Community Health Plans

**Si quiere solicitar que limitemos la forma en que utilizamos o divulgamos su información médica protegida, por favor llene las partes A y B a continuación.** Luego, envíenos el formulario por correo.

**Parte A - Información sobre la persona para quien solicita esta restricción de información confidencial:**

Nombre del (de la) asegurado/a: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

N.º telefónico: \_\_\_\_\_

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

N.º de asegurado: \_\_\_\_\_

**Parte B - Especifique los detalles sobre la información médica protegida que solicita que limitemos:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Parte C - Díganos qué límites quiere que apliquemos a esta información médica protegida:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Parte D - Firma del (de la) asegurado/a:**

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

**Fecha**

**Tutor o representante legal elegido**

Si el asegurado 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):

\_\_\_\_\_

Parentesco o relación legal con el asegurado: \_\_\_\_\_

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

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

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)**.