



<Date>

<Member Name>

<Member Address>

<Member City, State, Zip>

Estimado/a <Member Name>:

Se le solicitó a la cobertura Blue Cross Community Health Plans, la cual es ofrecida por Blue Cross and Blue Shield of Illinois, que divulgara información de sus expedientes o hablara con una persona o empresa sobre los servicios médicos que usted recibe. Necesitamos su aprobación para poder divulgar información de sus expedientes o para hablar con otras personas sobre su atención médica.

Llene y firme el formulario de autorización para asegurados de Blue Cross Community Health Plans adjunto a esta carta y envíelo a la dirección que aparece en el formulario. Este formulario nos indicará con quién podemos hablar o quién puede recibir sus expedientes. Su autorización será válida durante un año a partir de la fecha en que la firme, a menos que usted solicite que finalice antes.

Cuando llene el formulario de autorización para asegurados de Blue Cross Community Health Plans adjunto, haga lo siguiente:

- Llene todo el formulario.
- No omita información.
- No modifique el formulario.
- Guarde una copia como referencia.

Una vez que recibamos el formulario de autorización para asegurados de Blue Cross Community Health Plans firmado, lo procesaremos de inmediato. Si hay problemas o tenemos preguntas, le enviaremos una carta o le llamaremos.

Si tiene alguna pregunta, llame a Atención al Asegurado al **1-877-860-2837** (TTY: **711**). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Atentamente,

Blue Cross Community Health Plans

Adjunto: Formulario de autorización para asegurados de Blue Cross Community Health Plans

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.

Instrucciones para llenar el formulario de autorización para asegurados de Blue Cross Community Health Plans

Lea las instrucciones que figuran a continuación para llenar la primera página del formulario.

PARTE A: Asegurado

- Escriba su apellido, su nombre y la primera letra de su segundo nombre en letra de imprenta.
- Escriba su fecha de nacimiento con este formato: *mm/dd/aaaa*. Por ejemplo, si nació el 5 de octubre de 1960, escriba 10/05/1960.
- Escriba su dirección completa, ciudad, estado y código postal.
- Escriba un número de teléfono (incluido el prefijo) que podamos usar para comunicarnos con usted durante el día.
- **Número de asegurado**
 - Este número se encuentra en su tarjeta de asegurado.
- **Número de grupo**
 - Este número se encuentra en su tarjeta de asegurado. Si su tarjeta de asegurado no tiene número de grupo, deje esta parte en blanco.

PARTE A: ASEGURADO			
Apellido del asegurado	Nombre del asegurado	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento del asegurado
Dirección postal del asegurado	Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono de día (con prefijo)	Número de asegurado (consulte la tarjeta de asegurado)	Número de grupo (consulte la tarjeta de asegurado)	

PARTE B: Personas o empresas que recibirán mi información

- Marque la casilla de la persona o empresa que usted autoriza para ver sus expedientes. Díganos también el nombre completo de la persona o empresa con la que desea compartir sus expedientes. No use un término general como "mi hija" o "mi hijo". Usted debe ser muy específico.
- Si marca la casilla "Otros", especifique:
 - nombre y apellido de la persona (si cuenta con esta información);
 - el nombre de la empresa (si corresponde) y su relación con usted.

PARTE B: PERSONAS O EMPRESAS QUE RECIBIRÁN MI INFORMACIÓN	
Las personas o empresas indicadas y marcadas a continuación tienen derecho a ver mis expedientes o a hablar con BCCHP sobre mi atención médica (deben ser mayores de 18 años). Marque todas las casillas que correspondan. Escriba el nombre y apellido.	
<input type="checkbox"/> Mi cónyuge (nombre y apellido)	<input type="checkbox"/> Mis padres (si tiene más de 18 años, escriba nombre y apellido)
<input type="checkbox"/> Mis hijos adultos (nombre y apellido)	<input type="checkbox"/> Otros (nombre y apellido si usted cuenta con esta información; podría ser una persona o el nombre de una empresa; incluya también la relación que tienen con usted)

PARTE C: Mis expedientes

- Díganos qué expedientes nos permite compartir y si podemos compartir todos o solo algunos:
 - Para autorizar que compartamos todos sus expedientes, marque la primera casilla.
 - Para autorizar que compartamos solo algunos de sus expedientes, marque la segunda casilla.
- También hay una sección sobre información que usted opine que es muy personal o privada. Si está de acuerdo en que divulguemos este tipo de información de sus expedientes, marque las casillas que correspondan.

PARTE C: MIS EXPEDIENTES	
Permitiré que Blue Cross Community Health Plans comparta los siguientes expedientes o dialogue sobre ellos (marque solo una casilla):	
<input type="checkbox"/> Todos mis expedientes médicos. Puede tratarse de expedientes sobre su salud, un diagnóstico (nombre de la enfermedad o problema de salud), reclamaciones, nombres de médicos y otros prestadores de servicios médicos. Marcar esta casilla no permitirá que otras personas vean expedientes confidenciales (muy personales), a menos que yo lo autorice a continuación.	
o	
<input type="checkbox"/> Solo algunos expedientes (marque todos los que correspondan)	
<input type="checkbox"/> Apelaciones	<input type="checkbox"/> Certificación y autorización previas (para la aprobación de tratamientos)
<input type="checkbox"/> Beneficios y cobertura	<input type="checkbox"/> Referidos (cuando su médico de atención primaria le dice que puede acudir a un médico especial para un determinado tratamiento)
<input type="checkbox"/> Reclamaciones y pagos	<input type="checkbox"/> Servicios dentales
<input type="checkbox"/> Elegibilidad	<input type="checkbox"/> Servicios para la vista
<input type="checkbox"/> Tratamiento	<input type="checkbox"/> Farmacia
<input type="checkbox"/> Diagnóstico (nombre de la enfermedad o problema de salud): _____	<input type="checkbox"/> Otros: _____
También permitiré que Blue Cross Community Health Plans comparta los siguientes expedientes que son muy confidenciales (muy personales). Marque todas las casillas que correspondan.	
<input type="checkbox"/> Todos los expedientes confidenciales que aparecen a continuación	
o	
<input type="checkbox"/> Solo algunos de los expedientes sobre los temas marcados a continuación	
<input type="checkbox"/> Aborto	<input type="checkbox"/> Embarazo
<input type="checkbox"/> Abuso (sexual/físico/mental)	<input type="checkbox"/> Salud mental
<input type="checkbox"/> Abuso de alcohol y drogas*	<input type="checkbox"/> Enfermedades sexuales transmitidas a otras personas
<input type="checkbox"/> Pruebas genéticas	<input type="checkbox"/> Otros: _____
<input type="checkbox"/> VIH o sida	

PARTE D: Por qué quiere que se compartan sus expedientes

- Las primeras casillas para marcar nos indican los motivos por los que quiere compartir sus expedientes, como se indica en este formulario.
- Marque la casilla de motivos especiales si tiene un motivo especial para que compartamos sus expedientes, como para una reclamación de seguro de vida, a un abogado, a un miembro de la familia u otro motivo. Escriba el motivo especial en el espacio correspondiente.

PARTE D: POR QUÉ QUIERE QUE SE COMPARTAN SUS EXPEDIENTES	
<input type="checkbox"/>	Legal
<input type="checkbox"/>	Seguros
<input type="checkbox"/>	Personal
<input type="checkbox"/>	Coordinación de Servicios médicos
<input type="checkbox"/>	o
<input type="checkbox"/>	Motivos especiales:

PARTE E: Revisión y firma

- Una vez firmado el formulario, será válido durante uno de los siguientes plazos de tiempo:
 - Marque la primera casilla para indicar un año. Ese es el plazo normal.
 - Marque la segunda casilla para indicar que el formulario que firme será válido por menos de un año. Indique la fecha de finalización.
- **Firme con su nombre y escriba la fecha en el formulario.** Su nombre y firma **deben** coincidir con lo que escribió en la PARTE A.
- Usted podría firmar este formulario en nombre de otra persona. Si tiene formularios que indiquen que usted tiene un poder notarial para la atención médica, o que es tutor legal o curador, debe hacer lo siguiente:
 - Escriba el **nombre de la persona jurídica o del tutor.**
 - Entréguenos una copia del formulario legal que demuestre que tiene un poder notarial. Adjúntelo a este formulario.

PARTE E: REVISIÓN Y FIRMA			
Una vez que firme y envíe el formulario, será válido durante este plazo:			
<input type="checkbox"/>	Un año desde el día en que firmé el formulario		
<input type="checkbox"/>	Otro (insertar fecha o suceso):		
<p>He leído todas las partes de este formulario. Conozco, acepto y autorizo el uso y la divulgación de mis expedientes por parte de Blue Cross Community Health Plans como indiqué anteriormente. También sé que firmé este formulario por voluntad propia. Sé que no necesito firmar este formulario para recibir tratamiento o pagos, ni para inscribirme a u obtener cobertura.</p> <p>Tengo derecho a retractarme de lo acordado en este formulario en cualquier momento. Si es así, se lo informaré por escrito a Blue Cross Community Health Plans.</p> <p>Sé que revocar mi consentimiento no cambiará ninguna medida que se haya tomado antes de mi decisión. También sé que todos los expedientes que obtenga una persona o grupo (que yo haya aprobado) podrían ser divulgados. Si esto ocurre, es posible que los expedientes dejen de estar protegidos por la norma de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA, en inglés).</p> <p>Firma del asegurado (si es menor de edad, deben firmar los padres)</p>			
<input checked="" type="checkbox"/>	Fecha		
Tiene derecho a guardar una copia de este formulario después de llenarlo. Guarde una copia como referencia. Envíenos este formulario completo en el sobre incluido.			
PERSONA JURÍDICA O TUTOR			
Si una persona firma por el asegurado (alguien que cuida del asegurado), debe incluir estos formularios: Una copia de un poder notarial general, duradero o de atención médica.			
o			
Una sentencia judicial u otra prueba que demuestre que otra persona tiene el derecho legal para cuidar de una persona. Otras pruebas podrían ser formularios legales que demuestren que alguien puede, por ley, actuar en nombre del asegurado. Llene las siguientes casillas:			
Representante legal del asegurado (nombre completo en letra de imprenta)		Relación del representante legal con el asegurado	
Dirección postal del representante legal	Ciudad	Estado	Código postal
Firma			Fecha

Las formas jurídicas se utilizan cuando una persona necesita que otra tome decisiones por ella. A continuación, se presentan ejemplos de formas jurídicas:

- **Poder notarial general o duradero para la atención médica:** este formulario otorga a alguien el poder legal para actuar en nombre de usted. Esta persona puede tomar decisiones médicas por usted. El formulario podría decir lo siguiente: "hacerse cargo de mi persona en caso de enfermedad de cualquier tipo" o también "y, en general, que haga e implemente por mí y en mi nombre todo lo que yo podría hacer si estoy ausente".
- **Tutela legal:** ocurre cuando el tribunal nombra a alguien para que cuide de una persona.
- **Curaduría:** ocurre cuando un juez nombra a una persona para que se haga cargo de otra. Se usa cuando una persona no puede tomar decisiones por sí misma.
- **Albacea legal:** este tipo de formulario se usa cuando ha fallecido la persona por la que se toman las decisiones.

Formulario de autorización para asegurados de Blue Cross Community Health Plans

Un asegurado o su representante legal deben llenar este formulario. Permite que una persona o empresa vean los expedientes del asegurado o conversen sobre estos. Escriba todo lo que pueda sobre usted o el asegurado. Si necesita ayuda, consulte la carta que acompaña a este formulario. Allí, se indica cómo llenar cada parte. También puede llamar al número que se encuentra en su tarjeta de asegurado.

PARTE A: ASEGURADO

Apellido del asegurado	Nombre del asegurado	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento del asegurado
Dirección postal del asegurado	Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono de día (con prefijo)	Número de asegurado (consulte la tarjeta de asegurado)	Número de grupo (consulte la tarjeta de asegurado)	

PARTE B: PERSONAS O EMPRESAS QUE RECIBIRÁN MI INFORMACIÓN

Las personas o empresas indicadas y marcadas a continuación tienen derecho a ver mis expedientes o a hablar con BCCHP sobre mi atención médica (deben ser mayores de 18 años). Marque todas las casillas que correspondan. Escriba el nombre y apellido.

<input type="checkbox"/> Mi cónyuge (nombre y apellido)	<input type="checkbox"/> Mis padres (si tiene más de 18 años, escriba nombre y apellido)
<input type="checkbox"/> Mis hijos adultos (nombre y apellido)	<input type="checkbox"/> Otros (nombre y apellido si usted cuenta con esta información; podría ser una persona o el nombre de una empresa; incluya también la relación que tienen con usted)

PARTE C: MIS EXPEDIENTES

Permitiré que Blue Cross Community Health Plans comparta los siguientes expedientes o dialogue sobre ellos (marque solo una casilla):

- Todos mis expedientes médicos. Puede tratarse de expedientes sobre su salud, un diagnóstico (nombre de la enfermedad o problema de salud), reclamaciones, nombres de médicos y otros prestadores de servicios médicos. Marcar esta casilla no permitirá que otras personas vean expedientes confidenciales (muy personales), a menos que yo lo autorice a continuación.

O

- Solo algunos expedientes (marque todos los que correspondan)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Apelaciones | <input type="checkbox"/> Certificación y autorización previas (para la aprobación de tratamientos) |
| <input type="checkbox"/> Beneficios y cobertura | <input type="checkbox"/> Referidos (cuando su médico de atención primaria le dice que puede acudir a un médico especial para un determinado tratamiento) |
| <input type="checkbox"/> Reclamaciones y pagos | <input type="checkbox"/> Servicios dentales |
| <input type="checkbox"/> Elegibilidad | <input type="checkbox"/> Servicios para la vista |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento | <input type="checkbox"/> Farmacia |
| <input type="checkbox"/> Diagnóstico (nombre de la enfermedad o problema de salud):
_____ | <input type="checkbox"/> Otros:
_____ |

También permitiré que Blue Cross Community Health Plans comparta los siguientes expedientes que son muy confidenciales (muy personales). Marque todas las casillas que correspondan.

- Todos los expedientes confidenciales que aparecen a continuación

O

- Solo algunos de los expedientes sobre los temas marcados a continuación

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aborto | <input type="checkbox"/> Embarazo |
| <input type="checkbox"/> Abuso (sexual/físico/mental) | <input type="checkbox"/> Salud mental |
| <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol y drogas* | <input type="checkbox"/> Enfermedades sexuales transmitidas a otras personas |
| <input type="checkbox"/> Pruebas genéticas | <input type="checkbox"/> Otros:
_____ |
| <input type="checkbox"/> VIH o sida | |

* Sé que mis expedientes de abuso de alcohol y drogas están protegidos por leyes y normas federales y estatales. Este formulario mantendrá la confidencialidad de estos expedientes. No se puede entregar ningún expediente sin que yo lo autorice por escrito, a menos que lo exijan las leyes y normas. También sé que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento, o como se indica a continuación en la Parte E. Si anulo el formulario firmado, mi anulación no se aplicará a los expedientes ya compartidos.

PARTE D: POR QUÉ QUIERE QUE SE COMPARTAN SUS EXPEDIENTES

- Legal
- Seguros
- Personal
- Coordinación de Servicios médicos

O

- Motivos especiales:

PARTE E: REVISIÓN Y FIRMA

Una vez que firme y envíe el formulario, será válido durante este plazo:

Un año desde el día en que firmé el formulario

O

Otro (insertar fecha o suceso):

He leído todas las partes de este formulario. Conozco, acepto y autorizo el uso y la divulgación de mis expedientes por parte de Blue Cross Community Health Plans como indiqué anteriormente. También sé que firmé este formulario por voluntad propia. Sé que no necesito firmar este formulario para recibir tratamiento o pagos, ni para inscribirme a u obtener cobertura.

Tengo derecho a retractarme de lo acordado en este formulario en cualquier momento. Si es así, se lo informaré por escrito a Blue Cross Community Health Plans.

Sé que revocar mi consentimiento no cambiará ninguna medida que se haya tomado antes de mi decisión.

También sé que todos los expedientes que obtenga una persona o grupo (que yo haya aprobado) podrían ser divulgados. Si esto ocurre, es posible que los expedientes dejen de estar protegidos por la norma de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA, en inglés).

Firma del asegurado (si es menor de edad, deben firmar los padres)

X	Fecha
----------	-------

Tiene derecho a guardar una copia de este formulario después de llenarlo. Guarde una copia como referencia. Envíenos este formulario completo en el sobre incluido.

PERSONA JURÍDICA O TUTOR

Si una persona firma por el asegurado (alguien que cuida del asegurado), debe incluir estos formularios: Una copia de un poder notarial general, duradero o de atención médica.

O

Una sentencia judicial u otra prueba que demuestre que otra persona tiene el derecho legal para cuidar de una persona. Otras pruebas podrían ser formularios legales que demuestren que alguien puede, por ley, actuar en nombre del asegurado. Llene las siguientes casillas:

Representante legal del asegurado (nombre completo en letra de imprenta)	Relación del representante legal con el asegurado
--	---

Dirección postal del representante legal	Ciudad	Estado	Código postal
--	--------	--------	---------------

Firma	Fecha
-------	-------

Envíe el formulario completo a la siguiente dirección:

Blue Cross Community Health Plans
C/O: Member Services
PO Box 3418
Scranton, PA 18505

For internal use only:

Inquiry tracking number

FAX: **1-855-297-7280**.

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., 35th 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 <https://www.hhs.gov/sites/default/files/ocr-cr-complaint-form-package.pdf>.

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)**.