



Solicitud de reporte de divulgaciones de Información de salud protegida (*PHI*, en inglés)

Con este formulario puede solicitar un reporte de cómo se divulgó su Información de salud protegida (*Protected Health Information, PHI*, en inglés) por parte de Blue Cross and Blue Shield of Illinois o sus Socios. Ese reporte no incluirá esas divulgaciones exentas de reportarse conforme a las leyes que aplican. Usted tiene derecho a recibir un Reporte de divulgación para un período de doce (12) meses sin costo. Blue Cross and Blue Shield of Illinois pudiera cobrarle una cuota para procesar solicitudes adicionales que se reciban dentro de ese período. Si necesita ayuda para llenar este formulario, por favor llame a Servicio al Cliente al número que se encuentra en su tarjeta de asegurado. Llene todo el formulario.

DESPUÉS DE LLENARLO Y FIRMARLO, POR FAVOR ENVÍELO POR CORREO A: **Blue Cross and Blue Shield of Illinois**
P.O. Box 805106
Chicago, IL 60680-4112

| Sección A: Por favor identifique a la persona para la cual se solicita un reporte de divulgaciones de Información de salud protegida: | | | |
|---|-------------------------------------|------------------------|---------------------|
| Nombre _____ | N.º de Grupo _____ | N.º de Asegurado _____ | |
| N.º de Seguro Social _____ | Fecha de nacimiento _____ | | |
| Domicilio _____ | Ciudad _____ | Estado _____ | Código postal _____ |
| Código de área y teléfono _____ | Correo electrónico (si tiene) _____ | | |

| Sección B: Por favor indique el período de tiempo para el cual se solicita el reporte. Aviso: El período de tiempo no puede exceder seis (6) años antes de la fecha en que se solicita el reporte. | |
|--|--------------------------|
| Del: _____ mes/día/año | Al: _____ mes/día/año |

| Sección C: Firma – Este documento tiene que estar firmado por el interesado, uno de los padres de un menor o por el Representante Personal del solicitante. | |
|---|--------------------------|
| Yo solicito que Blue Cross and Blue Shield of Illinois proporcione un reporte de cómo se ha divulgado mi Información de salud protegida según se ha especificado anteriormente en la Sección B. Yo entiendo que solo puedo firmar por una persona menor de los 18 años de edad; y que solo puedo firmar por un menor que sea mayor de los 18 años, siempre y cuando se compruebe la tutela. | |
| Firma: _____ | Fecha: mes/día/año _____ |

*A Division of Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company,
an Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association*



Sección D: Si un Representante Personal firma la Sección C, por favor proporcione la siguiente información:

Si firma con capacidad de un Poder Notarial, Tutor, Albacea o Administrador, por favor adjunte una copia de los documentos legales. **NO** tiene que adjuntar copias de estos documentos si ya constan en los archivos de Blue Cross and Blue Shield of Illinois.

| | | | |
|--|--|---|---------------|
| Nombre del Representante Personal | | Relación con la persona que solicita el reporte | |
| Domicilio del Representante Personal | Ciudad | Estado | Código postal |
| Código de área y teléfono del Representante Personal | Correo electrónico Representante Personal (si tiene) | | |

Queda estrictamente prohibido modificar el formato, contenido o la marca comercial de este formulario sin previa autorización del Departamento de Asuntos de Privacidad de HCSC. Comuníquese con dicho Departamento antes de hacer cualquier modificación.



Tener cobertura médica es importante para todos.

Ofrecemos comunicación y servicios gratuitos para cualquier persona con impedimentos o que requiera asistencia lingüística. No discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, identidad de género, edad o discapacidad.

Si necesita recibir asistencia lingüística o comunicación en otros formatos, llámenos sin cargos al 855-710-6984.

Si cree que no hemos proporcionado un servicio, o si cree que ha sido discriminado de cualquier otra manera, comuníquese con nosotros para presentar su inconformidad.

Office of Civil Rights Coordinator
300 E. Randolph St.
35th Floor
Chicago, Illinois 60601

Teléfono: 855-664-7270 (correo de voz)
TTY/TDD: 855-661-6965
Fax: 855-661-6960
Correo electrónico: CivilRightsCoordinator@hsc.net

Tiene el derecho de presentar una queja por derechos civiles en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Recursos Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services) por estos medios:

U.S. Dept. of Health & Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building 1019
Washington, DC 20201

Teléfono: 800-368-1019
TTY/TDD: 800-537-7697
Portal de quejas: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
Formulario de quejas: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

BCBSIL provee servicios TDD/TTY para los asegurados que llamen y que tengan dificultades de audición, sordera y del habla, además de ayuda en varios idiomas. Los asegurados pueden usar su máquina de teletipo (TeleTypewriter, TTY) o su aparato para telecomunicaciones (TDD) para acceder a una operadora de teletipo al 1-800-526-0844.