



Este formulario lo tiene que llenar un asegurado o su representante legal. El llenar este formulario permite que una persona o compañía tengan acceso a los expedientes médicos del asegurado. Escriba todo lo que pueda sobre usted o del asegurado. Si necesita ayuda para llenar el formulario, llame al número en su tarjeta de asegurado.

PARTE A: ASEGURADO			
Apellido del asegurado	Nombre del asegurado	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento del asegurado
Dirección del asegurado	Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono durante el día (con código de área)	Número de asegurado (ver tarjeta de asegurado)	Nombre de grupo (ver tarjeta de asegurado)	

PARTE B: PERSONAS O COMPAÑÍAS QUE RECIBIRÁN MIS EXPEDIENTES MÉDICOS	
Las personas o compañías enumeradas y seleccionadas a continuación tienen derecho a ver mis expedientes médicos o de comunicarse con Blue Cross Community MMAI sobre mi atención médica. (Las personas tienen que tener 18 años de edad o más). Marque los casilleros que correspondan.	
<input type="checkbox"/> Mi cónyuge (nombre y apellido)	<input type="checkbox"/> Mis padres (si es mayor de los 18 años de edad, escriba nombres y apellidos)
<input type="checkbox"/> Mis hijos adultos (nombres y apellidos)	<input type="checkbox"/> Otro (Nombre y apellido, si lo tiene. Puede ser el nombre de una persona o de una compañía. También aclare la relación que tiene con esta persona o compañía.)

PARTE C: MIS EXPEDIENTES MÉDICOS
Yo autorizo a Blue Cross Community MMAI SM a que comparta o que dialogue sobre los expedientes médicos seleccionados a continuación (marque solo un casillero):
<input type="checkbox"/> Todos mis expedientes de salud. Pueden ser expedientes sobre su salud, un diagnóstico (nombre de la enfermedad o problema de salud), reclamaciones, nombres de médicos y otros prestadores de servicios médicos. Al seleccionar este casillero, otras personas no podrán ver expedientes médicos confidenciales (muy personales), a menos que yo acepte a continuación. <input checked="" type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Solo algunos expedientes (marque todos los que correspondan):
<input type="checkbox"/> Apelaciones <input type="checkbox"/> Beneficios y cobertura <input type="checkbox"/> Reclamaciones y pagos <input type="checkbox"/> De servicios dentales <input type="checkbox"/> Diagnóstico (nombre de la enfermedad o problema de salud)
<input type="checkbox"/> Elegibilidad <input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> Autorización previa (para aprobación de tratamientos). Esto es cuando aprobamos un tratamiento. <input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Referidos (cuando su médico de cabecera lo refiere a un especialista para que reciba ciertos tratamientos) <input type="checkbox"/> Tratamiento <input type="checkbox"/> De servicios para la vista

Yo también autorizo a Blue Cross Community MMAI a que comparta los siguientes tipos de expedientes médicos confidenciales (muy personales). Marque todos los casilleros que correspondan.
<input type="checkbox"/> Todos los expedientes médicos confidenciales que aparecen a continuación. <input checked="" type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Solo algunos de los expedientes médicos sobre los temas marcados a continuación:
<input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Abuso (sexual, físico o mental) <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol y drogas* <input type="checkbox"/> Embarazo
<input type="checkbox"/> VIH o sida <input type="checkbox"/> Salud mental <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual contagiadas a otras personas
<input type="checkbox"/> Pruebas genéticas <input type="checkbox"/> Otro: _____ _____ _____

PARTE D: POR QUÉ DESEA COMPARTIR SUS EXPEDIENTES MÉDICOS

Por motivos: Legales Del seguro médico Personales De coordinación de atención médica

Por razones especiales: _____

PARTE E: REPASE Y FIRME

Al yo firmar y enviar el formulario, este formulario tendrá validez por el siguiente período de tiempo:

Un año a partir de la fecha en que yo lo firmé.

Otra fecha (incluya la fecha o suceso para su vencimiento)

He leído cada sección de este formulario. Estoy informado, estoy de acuerdo y autorizo a Blue Cross Community MMAI a que use y entregue mis expedientes médicos como lo indiqué anteriormente. Reconozco que firmé este formulario voluntariamente. Entiendo que yo no necesito firmar este formulario para recibir tratamiento ni pagos, ni para solicitar cobertura o para recibir beneficios y servicios.

Tengo el derecho de arrepentirme de lo que yo he aceptado en este formulario en cualquier momento. De ser así, yo le notificaré a Blue Cross Community MMAI por escrito. Entiendo que en el caso de que yo me arrepintiese, no se podrán modificar las medidas que se hayan tomado antes de yo haberme arrepentido. También reconozco que cualquiera de los expedientes médicos que una persona o grupo reciba (con mi consentimiento) pueden ser divulgados. Si esto ocurriese, es posible que los expedientes médicos ya no estén protegidos bajo la norma de privacidad establecida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA, en inglés).

Firma del asegurado (si el asegurado es menor de edad, firma de uno de los padres)

Fecha

_____|_____|_____|_____|_____|

Usted tiene derecho a conservar una copia de este formulario luego de completarlo. Haga una copia y guárdela como constancia. Envíe este formulario lleno en el sobre que adjuntamos.

PERSONA DESIGNADA LEGALMENTE O TUTOR

En caso de que una persona esté firmando en nombre del asegurado (alguien que cuida del asegurado), necesitamos estos formularios llenos completamente: Una copia de un Poder Notarial para atención médica, o de un Poder Notarial General o de un Poder Notarial Permanente.

Una Orden Judicial u otro tipo de prueba. Esto demuestra que una persona tiene derecho a cuidar de otra persona. Otras pruebas pueden ser formularios legales que demuestren que una persona puede actuar por ley en nombre del asegurado. Llene los espacios a continuación:

Representante legal del asegurado (nombre completo en letra de molde)

Relación del representante legal con el asegurado

Dirección del representante legal

Ciudad

Estado

Código postal

_____|_____|_____|_____|_____|

Firma

Fecha

_____|_____|_____|_____|_____|

Por favor envíe el formulario lleno a: Blue Cross Community MMAI C/O Member Services, PO Box 3418, Scranton, PA 18505
o envíe por fax al: **1-855-674-9193**

*Yo sé que los expedientes médicos sobre abuso de alcohol y drogas están protegidos por leyes y normas federales y estatales. Este formulario mantendrá la confidencialidad de estos expedientes médicos. No se podrán entregar expedientes médicos si yo no lo autorizo por escrito. Salvo que se establezca lo contrario por ley. Yo también sé que yo puedo arrepentirme de haber aceptado en cualquier momento o como aparece en la Parte E. Yo entiendo que yo no puedo cancelar este formulario firmado luego de que se hayan entregado los expedientes de salud.

Uso oficial:

Inquiry tracking number

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 MMAI (Medicare-Medicaid Plan). HCSC es una compañía de seguros médicos que tiene contrato con Medicare e Illinois Medicaid para brindar beneficios de ambos programas a sus asegurados. La posibilidad de solicitar cobertura de la póliza de HCSC depende de la renovación del contrato.

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 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 efectiva con nosotros, como por ejemplo:
 - intérpretes capacitados en lenguaje de señas;
 - información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios de idiomas gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como por ejemplo:
 - 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, Civilrightscoordinator@hcsc.net. Puede presentar una inconformidad en persona, o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una inconformidad, el Coordinador de derechos civiles está a su disposición para ayudarle.

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)

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-877-723-7702 (TTY: 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-723-7702 (TTY: 7-1-1).

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-877-723-7702 (TTY: 711).

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 1-877-723-7702 (TTY: 711)。

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-877-723-7702 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-877-723-7702 (TTY: 711).

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-877-723-7702 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-877-723-7702 (телетайп: 711).

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-877-723-7702 (TTY: 711).

خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-877-723-7702 (TTY: 711).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-877-723-7702 (TTY: 711).

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-877-723-7702 (TTY: 711).

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-877-723-7702 (TTY: 711) पर कॉल करें।

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-877-723-7702 (ATS: 711).

ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-877-723-7702 (TTY: 711).

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-877-723-7702 (TTY: 711).