

Instrucciones para completar el Formulario de divulgación de información confidencial



Complete este formulario si desea que Blue Cross Blue Shield of Arizona (BCBSAZ) comparta su información con la persona o compañía que menciona en el formulario. Cada afiliado de 18 años o mayor debe completar y firmar un formulario separado.

¿Por qué podría desear que BCBSAZ comparta sus registros?

BCBSAZ debe mantener su información en forma privada. BCBSAZ necesita este formulario si usted desea que compartamos sus registros con:

- Su cónyuge, padre/madre o hijo, para que puedan analizar cuestiones sobre reclamaciones con BCBSAZ.
- Su agente de seguros, luego de inscribirse en un plan de salud, para que pueda ayudarle con las reclamaciones.
- Su abogado, en el caso de una lesión.

Cómo completar este formulario

Díganos cuáles son los registros que podemos compartir: díganos qué información desea compartir. Marque al menos una casilla.

Díganos el nombre de la persona cuyos registros podemos compartir: escriba el nombre del afiliado a BCBSAZ por el cual firmará este formulario. Generalmente, es su nombre.

Díganos quién puede obtener los registros: díganos quién puede recibir la información. Podría ser el nombre de una persona o una empresa, como un grupo médico, si no desea que enviemos los registros a una persona específica.

Díganos por qué desea compartir sus registros: díganos la razón por la que desea compartir su información. Marque al menos una casilla. Si no existe una razón especial, marque "Otra razón" y escriba "A mi solicitud".

Cambio de mis registros: díganos si la persona puede cambiar su domicilio o información de cuenta bancaria. Nota: Esta parte del formulario es opcional.

Díganos cuándo debemos dejar de compartir su información: díganos cuándo debemos dejar de compartir sus registros. Debe marcar al menos una casilla. Si marca la casilla que dice "En la fecha señalada a continuación", escriba la fecha en la que debemos dejar de compartir sus registros. Si no hay una fecha determinada, marque la casilla que dice "90 días después de que finalice el plan de salud". Sin importar la casilla que marque, si cambia de opinión, también puede solicitarnos que dejemos de compartir sus registros en cualquier momento. Escriba a nuestra Oficina de Privacidad.

Número de identificación del afiliado a BCBSAZ: escriba el número de identificación de BCBSAZ de la persona que compartirá sus registros. Si no conoce el número de identificación, utilice el número de Seguro Social.

Firma: escriba en letra imprenta su nombre y firme y feche el formulario.

Nombre y número de grupo: si tiene cobertura a través de su trabajo, se encuentra en un plan grupal. Escriba el nombre y el número de su plan de salud grupal, si corresponde.

Nombre/Firma del representante: si firma el formulario en representación de otra persona, escriba su nombre, firme y feche el formulario. Adjunte una copia de los documentos legales que correspondan.

¿Tiene preguntas? Si tiene preguntas sobre el formulario, llame al **602-864-2255** o al **800-232-2345**, Extensión **2255**.

Formulario de divulgación de información confidencial

Utilice este formulario para autorizar a una persona o empresa a obtener su información, excepto información relacionada con el VIH. Existe un formulario distinto para la información relacionada con el VIH. También puede utilizar este formulario para autorizarlos a cambiar su domicilio o información bancaria. Aunque no firme este formulario, Blue Cross Blue Shield of Arizona (BCBSAZ) continuará pagando sus reclamaciones, inscribiéndolo en nuestro plan y permitiéndole ser elegible para recibir beneficios. Este formulario no es necesario.

Díganos cuáles son los registros que podemos compartir: BCBSAZ puede divulgar la información marcada a continuación. Algunos de estos registros pueden contener detalles sobre enfermedades contagiosas, tratamientos de abuso de drogas y alcohol, y pruebas genéticas: (Marque todo lo que corresponda).

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Información de solicitud, inscripción, elegibilidad | <input type="checkbox"/> Información de facturación/pago |
| <input type="checkbox"/> Información de reclamaciones/Explicación de beneficios | <input type="checkbox"/> Códigos de diagnóstico, procedimiento y registros médicos o dentales |
| <input type="checkbox"/> Información de certificación previa | <input type="checkbox"/> Información de cuenta |
| <input type="checkbox"/> Otro (explicar): _____ | |

Díganos el nombre de la persona cuyos registros podemos compartir:

Díganos quién puede obtener los registros:

Nombre	Nombre de la compañía		
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

Nota: Si nos autoriza a compartir su información con alguien, es posible que la persona que recibe sus registros no los mantenga en privado. Sus registros ya no serán protegidos por las leyes federales de privacidad.

Díganos por qué desea compartir sus registros: (Marque todo lo que corresponda).

- Para ayudar con la obtención de una póliza de atención de salud Para ayudar con reclamaciones o pagos
 Otra razón (explicar): _____

Cambio de mis registros:

También deseo autorizar a (nombre): _____ A cambiar mi domicilio
 A actualizar mi información bancaria

Díganos cuándo debemos dejar de compartir su información:

- 90 días después de que finalice el plan de salud En la fecha indicada a continuación:

Puede solicitarnos que dejemos de compartir sus registros en cualquier momento. **Si desea que dejemos de compartir sus registros, escríbanos a: BCBSAZ Privacy Office, Mail Stop C302, P. O. Box 13466, Phoenix, AZ 85002-3466. Si nos solicita que dejemos de compartir sus registros, no se modificará lo que BCBSAZ compartió antes.**

Su nombre	Número de identificación de afiliado a BCBSAZ
Su firma	Fecha de la firma (MM/DD/AAAA)
Nombre del grupo (si corresponde)	Número del grupo (si corresponde)
Nombre del representante*	Relación con el afiliado a BCBSAZ
Firma del representante	Fecha de la firma (MM/DD/AAAA)

* Si nos solicita que compartamos registros de otra persona además de usted, díganos la razón por la cual tiene permitido hacer esto. También adjunte una copia de cualquier documento legal que corresponda.

Luego de firmar este formulario, puede obtener una copia. Puede negarse a firmar este formulario.

Envíenos el formulario completo.

Envíelo por correo postal a: **BCBSAZ, Attention: Enrollment, P.O. Box 13466, Phoenix AZ 85002-3466**

Envíelo por fax al: **602-864-4041**

Blue Cross Blue Shield of Arizona (BCBSAZ) complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex. BCBSAZ provides appropriate free aids and services, such as qualified interpreters and written information in other formats, to people with disabilities to communicate effectively with us. BCBSAZ also provides free language services to people whose primary language is not English, such as qualified interpreters and information written in other languages. If you need these services, call 602-864-4884 for Spanish and 1-877-475-4799 for all other languages and other aids and services.

If you believe that BCBSAZ has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex, you can file a grievance with: BCBSAZ's Civil Rights Coordinator, Attn: Civil Rights Coordinator, Blue Cross Blue Shield of Arizona, P.O. Box 13466, Phoenix, AZ 85002-3466, 602-864-2288, TTY/TDD 602-864-4823, crc@azblue.com. You can file a grievance in person or by mail or email. If you need help filing a grievance BCBSAZ's Civil Rights Coordinator is available to help you. You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD). Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



Un licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association