



BlueCross BlueShield
of New Mexico

Blue Cross and Blue Shield of New Mexico (BCBSNM) Solicitud de registros del asegurado

Complete este formulario si desea consultar u obtener copias de sus registros de BCBSNM relacionados con su cobertura médica Blue Cross Community CentennialSM. Luego, envíelo por correo a la siguiente dirección:

Blue Cross and Blue Shield of New Mexico
P.O. Box 660044
Dallas, TX 75266-0044

O por correo electrónico a: OCA_SSD@bcbstx.com

Parte A: Información sobre la persona cuyos registros solicita.

Nombre del asegurado: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____

Fecha de nacimiento: _____

Número de asegurado: _____

Usted tiene derecho a consultar y obtener una copia de sus registros de BCBSNM relacionados con su cobertura médica de Blue Cross Community Centennial. Es posible que no pueda obtener una copia de lo siguiente:

- *Notas de psicoterapia que hayamos archivado.*
- *Información que tengamos para usar en un tribunal de justicia.*
- *Información que no debamos brindarle según la ley.*
- *Algunos otros registros.*

Fecha(s):

Desde _____ hasta _____

Parte B: Marque una casilla a continuación para indicarnos qué registros desea consultar o de cuáles quiere copias.

- Inscripción/anulación de la inscripción/facturación:** Se usan para inscribirse en una cobertura médica o para abandonarlo. También se usan para aplicar primas.
- Administración médica/apelaciones de profesionales médicos:** Se usan para aprobar los servicios con anticipación.
- Reclamaciones:** Registros que llevamos de las reclamaciones que se pagaron o rechazaron.
- Todos los archivos de apelaciones de asegurados:** Aquellos que se usaron en el proceso de apelación.
- Otros:** Enumere los registros de los que desea copias y el período que la información abarca.

Blue Cross Community CentennialSM • P.O. Box 27838 • Albuquerque, NM 87125-7838 • 1-866-689-1523 • bcbsnm.com

Dichos servicios son financiados, en parte, por el estado de New Mexico.

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

Parte C: Indique cómo quisiera obtener o consultar los registros que solicitó (marque la casilla que corresponda a continuación).

Enviar mi información médica protegida (PHI, en inglés) a la siguiente persona: (seleccionar solo una opción)

- Yo
- Persona o entidad designada

Solicito que BCBSNM envíe mi PHI, como se especifica en la sección B más arriba, directamente a la persona o entidad designada que figura a continuación.

Nombre Dirección Ciudad Estado Código postal

Correo electrónico Número de teléfono

Formato/medio (seleccionar solo una opción):

- Enviar una copia electrónica.

Aviso: La información será enviada a la dirección de correo electrónico proporcionada más arriba mediante correo electrónico seguro (encriptado), a menos que se especifique lo contrario.

- Enviar una copia impresa de la información a través del Servicio Postal de los Estados Unidos.
- Consultar en persona. Entiendo que yo o la persona designada seremos contactados para coordinar esto.

Haremos copias para todas personas que indique.

- Debe enviarnos un formulario de autorización (aprobación) firmado si desea que permitamos que alguna persona que no sea la que usted eligió como representante legal consulte u obtenga copias de sus registros.
- Podemos brindarle el formulario adecuado para esto. Llame a Atención al Asegurado al 1-866-689-1523 (TTY: 7-1-1) para solicitar el formulario.

Parte D: Firma del asegurado

_____ **Firma del asegurado**

_____ **Fecha**

Representante legal elegido o tutor

Si el asegurado eligió a una persona para que firme este formulario en su nombre, esa persona debe completar los espacios a continuación. Adjunte la copia de un poder notarial para asuntos médicos, una orden judicial u otro documento que demuestre que esta persona puede actuar en nombre del asegurado.

Representante legal o tutor (nombre completo en letra de imprenta):

Vínculo legal con el asegurado: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Para solicitar ayuda y servicios auxiliares o materiales en otros formatos e idiomas de manera gratuita, llame al **1-866-689-1523** (TTY/TDD: **711**).

Blue Cross and Blue Shield of New Mexico cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de estado de salud o necesidad de servicios médicos o raza, color, país de origen, edad, discapacidad, sexo, ascendencia, afiliación conyugal, orientación sexual o identidad de género. Blue Cross and Blue Shield of New Mexico no excluye a las personas ni las trata de manera diferente según su estado de salud o necesidad de servicios médicos o raza, color, país de origen, edad, discapacidad, sexo, ascendencia, afiliación conyugal, orientación sexual o identidad de género.

Blue Cross and Blue Shield of New Mexico 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).
- 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 New Mexico no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de alguna otra manera por motivos de estado de salud o necesidad de servicios médicos o raza, color, país de origen, edad, discapacidad, sexo, ascendencia, afiliación conyugal, orientación sexual o identidad de género, 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 una inconformidad en persona o por correo postal o fax. Si necesita ayuda para presentar una inconformidad, un coordinador de derechos civiles estará a su disposición.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de 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, 1-800-537-7697 (TDD).

Formularios para presentar quejas 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 1-855-710-6984 (TTY: 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-710-6984 (TTY: 711).

Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, kojí' hódíłlnih 1-855-710-6984 (TTY: 711).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-710-6984 (TTY: 711).

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-855-710-6984 (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 1-855-710-6984 (TTY: 711)。

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-855-710-6984 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-710-6984 (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 1-855-710-6984 (TTY: 711).

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-855-710-6984 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-710-6984 (ATS: 711).

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-855-710-6984 (TTY: 711).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-710-6984 (телетайп: 711).

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं।

1-855-710-6984 (TTY: 711) पर कॉल करें।

هجوٲ: رگا هب نابز سرافى وگتفگ مى دینک، تلابهست نابزى هب تروص ناگیار اربى امش مهارف مى دشاب. اب 1-855-710-6984 (TTY: 711) سامت دیریگب.

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-855-710-6984 (TTY: 711).