



**BlueCross BlueShield
of New Mexico**

Formulario de solicitud de comunicación confidencial

¿Considera que podría estar en peligro si le enviaran la información médica protegida (PHI, en inglés) a su dirección actual?

Sí **No**

Si la respuesta es afirmativa, complete y envíe este formulario. Este formulario le pide a Blue Cross and Blue Shield of New Mexico (BCBSNM) o a nuestros socios comerciales que le envíen su PHI a una dirección alternativa (otra) o que utilicen otros medios.

También puede completar este formulario para finalizar o cambiar una solicitud de comunicación confidencial existente.

Debe completar todos los campos de este formulario.

Si se cumplen todos los requisitos que se indican a continuación, BCBSNM procesará su solicitud inicial:

1. Su solicitud es razonable.
2. Usted indica claramente que, si no respetamos esta solicitud, podríamos poner en peligro su persona.
3. Brinda una dirección o una ubicación alternativa razonable donde nos podamos comunicar con usted.
4. Brinda una explicación razonable sobre cómo se efectuarán los pagos (si corresponde), en caso de que se use la ubicación alternativa.

NO USE ESTE FORMULARIO PARA SOLICITAR UN CAMBIO DE DIRECCIÓN.

Si necesita ayuda para completar este formulario o para cambiar su dirección, llame a Servicio al Cliente al **1-866-689-1523** (TTY: 7-1-1).

UNA VEZ QUE EL FORMULARIO ESTÉ COMPLETO Y FIRMADO, ENVÍELO POR CORREO A:

**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

**Sección A: Solicitud o modificación de comunicación confidencial/
Finalización de solicitud de comunicación confidencial existente**

Elija alguna de las siguientes opciones:

Solicitud inicial: Esta es su primera solicitud de comunicación confidencial. (Complete todo el formulario).

Modificación de una solicitud previa: Este formulario sirve para modificar (p. ej., agregar una dirección alternativa) una solicitud de comunicación confidencial aprobada previamente. (Complete todo el formulario).

Sección B: Información del asegurado:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____

Dirección de correo electrónico (si corresponde): _____

Fecha de nacimiento: _____

Número del Seguro Social: _____

Número de asegurado: _____

Sección C: Complete la siguiente sección con respecto a su solicitud de comunicación confidencial:

Dirección de la ubicación alternativa: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____

Dirección de correo electrónico (si corresponde): _____

Se enviará la información de pagos a su dirección alternativa hasta próximo aviso.

Si se procesa su solicitud, tenga en cuenta lo siguiente:

- 1. La solicitud se aplica solo a su cobertura vigente. Si se produce algún cambio en la información de su cobertura, debe enviar una nueva solicitud de comunicación confidencial. Los cambios pueden incluir un nuevo número de asegurado principal o de grupo, o cambios en la cobertura de beneficios.
- 2. La solicitud vencerá dieciocho (18) meses después de que termine su cobertura.
- 3. Blue Cross and Blue Shield of New Mexico y sus socios comerciales solo son responsables de la PHI que ellos divulguen a la dirección alternativa que usted ha designado en la Sección C.

Sección D: Firma. Este documento debe estar firmado por el asegurado, uno de los padres del menor de edad o por el representante autorizado del asegurado.

Le solicito a BCBSNM que divulgue mi PHI usando los medios descritos en la Sección C más arriba. Entiendo que no es obligación que BCBSNM acepte mi solicitud. Entiendo que recibiré una decisión por escrito relacionada con mi solicitud. Entiendo que, si firmo en nombre de un menor de edad, esta solicitud vencerá cuando el menor cumpla 18 años de edad, a menos que se presente una prueba de tutela.

| | |
|-------|-------|
| Firma | Fecha |
|-------|-------|

Sección E: Si la Sección D está firmada por un representante autorizado, complete la información que aparece a continuación:

Representante legal elegido o tutor:

Si el asegurado ha elegido 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 pruebe 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' hódííłnih 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، تلايهست 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).