



BlueCross BlueShield
of New Mexico

Formulario de respuesta a la solicitud de enmienda de PHI del asegurado

(Use este formulario si no está de acuerdo con la respuesta de BCBSNM a su solicitud de enmienda de PHI).

Blue Cross and Blue Shield of New Mexico (BCBSNM) recientemente recibió su solicitud para enmendar (cambiar) su información médica protegida (PHI, en inglés). Blue Cross and Blue Shield of New Mexico no pudo procesar esta solicitud. Si no está de acuerdo con nuestra decisión, use el formulario que se encuentra a continuación. También puede usar este formulario para pedir que su solicitud de enmienda original y la carta de respuesta de BCBSNM se adjunten a las futuras divulgaciones de su PHI. Si necesita ayuda para completar este formulario, comuníquese con Servicio al Cliente de Blue Cross Community CentennialSM al 1-866-689-1523 (TTY: 7-1-1). Debe completar todos los campos de este formulario.

Recibió una carta de BCBSNM en respuesta a su solicitud de enmienda de PHI. Incluya esa carta con este formulario.

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: El asegurado para quien no se pudo procesar la enmienda. Complete el siguiente formulario:

Nombre _____		Número de grupo _____	Número de asegurado principal/ identificación _____	
Número del Seguro Social _____	Fecha de nacimiento _____			
Dirección _____	Ciudad _____	Estado _____	Código postal _____	
Código de área y número de teléfono _____	Dirección de correo electrónico (si corresponde) _____			

Sección B: Seleccione la opción adecuada. Puede seleccionar solo una opción:

- Opción 1:** Solicito que adjunten la declaración de disconformidad que aparece más abajo a mi conjunto de registros designados (registros de salud).
(Limite su declaración al espacio proporcionado a continuación).
- _____
- _____
- _____
- Opción 2:** No deseo enviar una declaración de disconformidad. En cambio, solicito que incluyan mi solicitud de enmienda original y la carta de respuesta de BCBSNM en cualquier futura divulgación de la PHI que solicité que se enmendara.

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

Comprendo que solo puedo firmar en nombre de un menor de edad si este es menor de 18 años, a menos que se presente una prueba de tutela.

Firma

Fecha (mes/día/año)

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

Si usted firma este documento como apoderado, representante legal, albacea o administrador, debe adjuntar una copia de los documentos legales. **NO DEBE** adjuntar copias de estos documentos si ya están incluidos en los registros de Blue Cross and Blue Shield of New Mexico.

Nombre del representante autorizado

Relación con la persona

Dirección del representante autorizado

Ciudad

Estado

Código postal

Dirección del representante autorizado

Dirección de correo electrónico del representante autorizado (si corresponde)

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).