



BlueCross BlueShield of New Mexico

Formulario de solicitud para limitar cómo utilizamos o compartimos su Información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés)

Complete este formulario si desea que limitemos cómo utilizamos o compartimos su PHI en lo que se refiere a tratamientos de cuidado de salud, pagos u operaciones. También puede pedirnos que limitemos cómo compartimos su PHI con personas que cuidan de usted o pagan por su cuidado

- Tiene que saber que no tenemos que aceptar su solicitud.
- Si aceptamos, limitaremos cómo utilizamos o compartimos su PHI. Pero es posible que aún utilicemos o compartamos cualquier PHI que se necesite para tratamientos de emergencia o cuando la ley indique que podemos.
- Le enviaremos una carta para informarle nuestra decisión.

- **Si hemos aceptado limitar cómo utilizamos o compartimos su PHI:**
 - Puede escribirnos en cualquier momento para pedirnos que dejemos de limitar cómo utilizamos o compartimos su PHI.
 - Podemos enviarle una carta en cualquier momento para informarle que ya no aceptamos limitar cómo utilizamos o compartimos su PHI.
 - Si está de acuerdo con nosotros, ya no pondremos un límite en la manera en que utilizamos o compartimos su PHI.
 - Si no está de acuerdo con nosotros, dejaremos de poner un límite en cómo utilizamos o compartimos cualquier PHI que hicimos u obtuvimos después de la fecha en que le escribimos indicándole que ya no aceptamos dejar de usarla.

Para conocer más o si aún tiene preguntas, llame al Centro de Servicio al Cliente al 866-689-1523. Si tiene pérdida de audición o del habla, llame a la línea del teléfono de texto (TTY) al 800-874-9426.

Atentamente,

Especialista en Servicio al Cliente

Si desea pedirnos que limitemos cómo utilizamos o compartimos su PHI, complete las Partes A y B a continuación. Luego envíenos por correo este formulario en el sobre que venía con este.

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

Esos servicios reciben financiamiento parcial del estado de New Mexico

Blue Cross and Blue Shield of New Mexico es una división de Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company, una licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association

L_CC194_Privacy_Restriction_Request_Form_NM_07_25_22

Parte A: Infórmenos acerca de la persona cuya PHI está pidiéndonos que limitemos el uso

Nombre del asegurado: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____

Fecha de nacimiento: _____

Número de identificación del asegurado: _____

Parte B: Proporcionémos los detalles acerca de qué PHI desea que limitemos

Indíquenos qué límites desea que pongamos en su PHI.

Parte C: Firma del asegurado

Firma del asegurado

(Si el asegurado es menor de edad, el padre debe firmar)

Fecha

Representante o tutor legal elegido

Si el asegurado ha elegido a alguien para firmar este formulario por él o ella, esa persona debe completar las líneas siguientes. Y sírvase adjuntar una copia del Poder legal de cuidado de salud, una orden judicial u otros documentos que demuestren que esta persona puede actuar en nombre del asegurado.

Representante o tutor legal elegido (escriba el nombre completo en letra de molde): _____

Relación legal con el asegurado: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Cuando complete este formulario, 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

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، 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).