



**BlueCross BlueShield
of New Mexico**

Envíe el formulario a:
Blue Cross Community CentennialSM
P.O. Box 27838
Albuquerque, NM 87125
1-866-689-1523 (TTY: 7-1-1)

**Formulario de elección de prestador principal de servicios médicos de
Blue Cross Community Centennial**

1 Apellido, nombre, inicial del segundo nombre (COMPLETE CON LETRA DE IMPRENTA LEGIBLE)		Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Fecha de nacimiento (Mes/día/año)	N.º de asegurado principal de BCBSNM o de Medicaid
Dirección postal		Ciudad	Estado	Código postal
Dirección física (si es otra)		Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono particular	Teléfono laboral	Dirección de correo electrónico		Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado
2 Idioma principal hablado <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____ (Indique cuál es el idioma que habla principalmente, que no sea inglés ni español)				
Idioma principal escrito <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____ (Indique cuál es el idioma en el que escribe principalmente, que no sea inglés ni español)				
3 Nombre del prestador principal de servicios médicos (PCP, en inglés) _____ (Elija uno de Provider Finder [®] , nuestro directorio en línea, o de su Directorio de prestadores de servicios médicos. Los encontrará en espanol.bcbsnm.com/medicaid .)			Número de teléfono del PCP	¿Ya es paciente? Sí No
Dirección del PCP				

**Si prefiere llamarnos, llámenos al 1-866-689-1523 (TTY: 7-1-1).
Puede elegir un prestador principal de servicios médicos por teléfono.**

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

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

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

Para obtener asistencia y servicios auxiliares, o materiales en formatos alternativos u otros idiomas sin costo, llame al 1-866-689-1523 (TTY/TDD: 7-1-1).

Blue Cross and Blue Shield of New Mexico cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Blue Cross and Blue Shield of New Mexico no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Blue Cross and Blue Shield of New Mexico:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes capacitados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con Civil Rights Coordinator.

Si considera que Blue Cross and Blue Shield of New Mexico no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona: 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, Civilrightscoordinator@hcsc.net. Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, Civil Rights Coordinator está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <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, éi ná hóló, kojí' hódíılnih 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।

هجوت: رگا هب نابز يسراف وگتفگ يم دينک، تلايهست ي نابز هب تروص ناگیار يارب امش مهارف يم دشاب. اب 1-855-710-6984 (TTY: 711) سامت ديریگب.

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