



Solicitud de acceso a información médica protegida

Use este formulario para solicitar una copia de su información médica protegida (*Protected Health Information, PHI*) de un conjunto de expedientes que conservan ya sean Blue Cross and Blue Shield of New Mexico o uno de sus socios. Si necesita ayuda para completar este formulario, comuníquese con Servicio al Cliente al número en su tarjeta de asegurado. Complete el formulario en su totalidad.

DESPUÉS DE COMPLETAR Y FIRMARLO, ENVÍELO POR CORREO A: **Blue Cross and Blue Shield of New Mexico**
P.O. Box 660044
Dallas, TX 75266-0044
OCA_SSD@bcbstx.com

Sección A: Proporcione información de la persona para quien se le está solicitando el acceso.

| | | |
|---------------------------|---------------------|------------------|
| nombre | n.º de grupo | n.º de asegurado |
| n.º de seguro social | fecha de nacimiento | |
| domicilio | ciudad | estado |
| código de área y teléfono | | código postal |

Sección B: Marque con una "X" los cuadros correspondientes a los expedientes que desea inspeccionar o de los que desea obtener una copia, e indique fechas específicas:

| Registros de la cobertura | Del: | al: | Expedientes | Del: | al: |
|---|-------|-------|--|-------|-------|
| <input type="checkbox"/> Solicitud, suscripción o registro de estados de cuenta del médico que le atiende | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> médicos | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Pago de primas o historial de facturación (si aplica) | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> dentales | _____ | _____ |
| | | | <input type="checkbox"/> de medicamentos | _____ | _____ |
| | | | <input type="checkbox"/> recetados | _____ | _____ |
| | | | <input type="checkbox"/> del cuidado de la vista | _____ | _____ |
| | | | <input type="checkbox"/> de salud mental | _____ | _____ |

Esta solicitud NO es válida para la divulgación de apuntes psicoterapéuticos.

Sección C: Marque con una "X" los cuadros apropiados para indicar quién y en qué formato desea recibir o examinar su información.

Envíen mi información médica protegida a: (seleccione solamente una)

Mí

Un tercero designado: Solicito que Blue Cross and Blue Shield of New Mexico envíe mi información médica protegida (según se especifica en la Sección B de esta solicitud) directamente al tercero designado a continuación.

| | | | | | |
|--------|-----------|--------|--------|---------------|----------|
| nombre | domicilio | ciudad | estado | código postal | teléfono |
|--------|-----------|--------|--------|---------------|----------|

Formato/método de divulgación: (seleccione solamente una)

Enviar copia electrónica. Aviso: A menos que se indique lo contrario, la información se enviará en formato seguro (codificado) al correo electrónico a continuación. **Correo electrónico:**

Enviar copia impresa de la información por correo postal de los EE. UU.

Ver en persona. Entiendo que se comunicarán conmigo o con quien yo designe para concertar una cita.

Sección D: Firma

Este documento tiene que estar firmado por el interesado, uno de los padres del menor o por el representante autorizado del solicitante.

Solicito que Blue Cross and Blue Shield of New Mexico brinde acceso a mi información médica protegida según se ha especificado. Entiendo que solo puedo firmar por una persona menor de 18 años, a menos que se presenten pruebas de tutela.

| | |
|-------|--------------------|
| Firma | Fecha: mes/día/año |
|-------|--------------------|



Sección E: Si un representante autorizado firma la Sección D, proporcione la siguiente información.

Si firma con capacidad de un poder notarial, tutor, albacea o administrador, adjunte una copia de los documentos legales correspondientes. **NO** es necesario adjuntar copias de estos documentos si ya constan en los archivos de Blue Cross and Blue Shield of New Mexico.

nombre del representante autorizado

parentesco con la persona que solicita la información

domicilio del representante autorizado

ciudad

estado

código
postal

código de área y teléfono del representante autorizado

correo electrónico del representante autorizado (si tiene)

Queda estrictamente prohibido modificar el formato, el contenido o la marca comercial de este formulario sin previa autorización del Departamento de Asuntos de Privacidad del HCSC (HSCS Privacy Office).