BlueCross BlueShield of New Mexico

Solicitud de desglose de divulgaciones

Utilice este formulario para obtener un registro de cualquier Información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) que Blue Cross and Blue Shield of New Mexico haya divulgado acerca de usted o su hijo menor de edad.

Parte A:

Proporcione el nombre de la persona cuya PHI podría haberse divulgado:

Nombre del asegurado _____

Dirección _____

_____

Ciudad _____Estado_____Código postal _____

Número de teléfono _____

Fecha de nacimiento _____

Número de identificación del asegurado _____

Parte B:
Enumere las fechas que cubrirá esta solicitud:

De: _____ A: _____
Mes/Día/Año Mes/Fecha/Año

No estamos obligados a darle un registro de cualquier divulgación que hayamos hecho antes del 14 de abril de 2003. Además, el registro que obtendrá no tiene ninguna divulgación que hayamos hecho:

- Acerca de cualquier servicio de cuidado de salud que recibió;
- Acerca de cualquier pago que se haya hecho para sus servicios de cuidado de salud;
- Directamente a usted;
- Directamente a otros que permite que le representen y le ayuden con su cuidado de salud;
- Para prevenir o aminorar una amenaza nacional para la salud y la seguridad;
- Para ayudar a los funcionarios de gobierno para funciones gubernamentales especiales y
- Para ayudar a la policía y a otras personas que hacen cumplir la ley

BlueCross BlueShield of New Mexico

Parte C:

Firma: el documento tiene que estar firmado por el asegurado, el padre del niño menor de edad o un representante no autorizado.

_____ _____

Firma **Fecha**

Parte D:
Si la Parte C fue firmada por un representante autorizado; usted tiene que:

2) Adjuntar una copia de un Poder legal de cuidado de salud válido, una orden judicial actual u otro documento oficial que pruebe que usted ha dado permiso para actuar por el asegurado. Proporcione la siguiente información:

Escriba en letra de molde el nombre completo del representante autorizado:_____

Relación con el asegurado:_____

Dirección:_____

Ciudad, Estado y código postal:_____

Número de teléfono:_____

Si tiene alguna pregunta, 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.

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

Blue Cross and Blue Shield of New Mexico
P.O. Box 650712
Dallas, TX 75265-0712

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 **https://www.hhs.gov/ocr/complaints/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'dę́ę́', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, kojį' hódíílnih 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 یسراف وگتفگ یم دینک، تلایهست ینابز هب تروص ناگیار یارب امش مهارف یم دشاب. اب 1-855-710-6984 (TTY: 711) سامت دیریگب.

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