

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL



An Independent Licensee of the Blue Cross Blue Shield Association

Complete este formulario si desea que Blue Cross® Blue Shield® of Arizona (BCBSAZ) comparta su información con la persona o entidad que menciona en el formulario. Cada miembro de 18 años o mayor debe completar y firmar un formulario separado por cada persona/entidad.

¿Por qué podría desear que BCBSAZ comparta sus registros?

BCBSAZ debe mantener su información en forma privada. Puede optar por no completar el formulario y seguiremos inscribiéndole en un plan, proveyéndole beneficios y pagando sus reclamaciones. BCBSAZ necesita este formulario si usted desea que compartamos sus registros con:

- Su cónyuge, padre/madre o hijo, para que puedan analizar cuestiones sobre reclamaciones con BCBSAZ
- Su agente de seguros, luego de inscribirse en un plan de salud, para que pueda ayudarle con las reclamaciones
- Su abogado, en el caso de una lesión

Cómo completar este formulario

Díganos el nombre de la persona cuyos registros podemos compartir. Escriba el nombre del miembro de BCBSAZ por el cual completa este formulario. Incluya el grupo (si corresponde) y el número de identificación del miembro.

Díganos quién puede obtener los registros. Podría ser el nombre de una persona o una compañía, como un grupo médico, si no desea que enviemos los registros a una persona específica.

Díganos qué registros podemos compartir. Marque las casillas correspondientes en esta sección.

Díganos el propósito de compartir sus registros. Marque al menos una casilla.

Indíquenos cuándo dejar de compartir su información. Debe marcar al menos una casilla. Si marca la casilla que dice "En la fecha señalada a continuación", escriba la fecha en que debemos dejar de compartir su información con esa persona o compañía. Marque la casilla que dice "Sin vencimiento" si desea que la persona o compañía tengan acceso indefinido. Independientemente de la casilla que marque, si cambia de opinión, también puede solicitarnos que dejemos de compartir su información en cualquier momento escribiéndonos.

Firma. Si usted es el miembro, escriba en letra de imprenta su nombre, firme y feche el formulario.

Nombre/firma del representante. Si firma el formulario en representación del miembro, escriba su nombre, firme y feche el formulario. Adjunte toda copia de los documentos legales que correspondan.

¿Tiene preguntas? Si tiene preguntas sobre este formulario, llame al número que aparece al dorso de su tarjeta de identificación.

Envíe el formulario completo a la siguiente dirección:

BCBSAZ Attention: Enrollment
P.O. Box 13466, Phoenix, AZ 85002-3466

O envíelo por fax al: **602-864-4041**

FORMULARIO DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL



An Independent Licensee of the Blue Cross Blue Shield Association

Utilice este formulario para permitir que una persona o entidad reciba su información. Este formulario es voluntario. Puede optar por no completar este formulario y seguiremos inscribiéndole en un plan, proveyéndole beneficios y pagando sus reclamaciones.

Persona cuya información compartimos:

Nombre:	
Fecha de nacimiento: / /	Número de teléfono:
Identificación del miembro:	Número del grupo:

Persona/entidad que recibe su información:

Nombre/entidad:	
Dirección:	
Ciudad, estado, código postal:	
Dirección de correo electrónico:	Número de teléfono:
Permitir que este individuo cambie: <input type="checkbox"/> Dirección <input type="checkbox"/> Información bancaria	

Registros que podemos compartir*:

<input type="checkbox"/> Información de precertificación	<input type="checkbox"/> Información de facturación/pago	<input type="checkbox"/> Solicitud, inscripción, elegibilidad
<input type="checkbox"/> Códigos de diagnóstico, procedimiento y registros médicos o dentales	<input type="checkbox"/> Información de la cuenta	
<input type="checkbox"/> Reclamación/Explicación de beneficios		
<small>*Algunos de estos registros pueden contener detalles sobre enfermedades contagiosas, tratamientos de abuso de drogas y alcohol, y pruebas genéticas</small>		

Propósito:

<input type="checkbox"/> Para ayudar con reclamaciones o pagos	<input type="checkbox"/> Para ayudar con la coordinación de la atención	<input type="checkbox"/> A mi solicitud
--	---	---

Indíquenos cuándo dejar de compartir su información:

<input type="checkbox"/> La fecha señalada a continuación: / /	<input type="checkbox"/> Sin vencimiento
--	--

Nota: Puede solicitarnos que dejemos de compartir sus registros en cualquier momento.

Si desea que dejemos de compartir sus registros, escríbanos a:

BCBSAZ Privacy Office, Mail Stop C300, P.O. Box 13466, Phoenix, AZ 85002-3466

Si nos solicita que dejemos de compartirlos, esto no cambiará lo que BCBSAZ compartió antes de su solicitud.

Firma del miembro:	Fecha: / /
Nombre del representante:	Relación con el miembro de BCBSAZ:
Firma del representante:	Fecha: / /

Nota: Si nos solicita que compartamos registros de otra persona además de usted, adjunte una copia de cualquier documento legal que corresponda.

Si nos autoriza a compartir sus registros con alguien, es posible que la persona que recibe sus registros no los mantenga en privado. Sus registros ya no serán protegidos por las leyes federales de privacidad.

Envíe el formulario completo a la siguiente dirección:

BCBSAZ Attention: Enrollment
P.O. Box 13466, Phoenix, AZ 85002-3466

O envíelo por fax al: **602-864-4041** **O** email: PrivacyOffice@azblue.com