



PEDIDO DE COMUNICACIÓN CONFIDENCIAL DE INFORMACIÓN PROTEGIDA SOBRE LA SALUD

Puede usar este formulario para pedir que Blue Shield of California Promise Health Plan (Blue Shield Promise) comunique la Información Protegida sobre su Salud (PHI, por sus siglas en inglés) a una dirección postal, una dirección electrónica o un número de teléfono confidenciales. Si elige no usar este formulario, envíe por escrito toda la información que se pide en él a Blue Shield Promise a la dirección postal, la dirección electrónica o el número de fax que están al final del formulario.

Su pedido se aplicará solamente a la PHI comunicada por Blue Shield Promise y sus socios comerciales, y podría rechazarse si no puede cumplirse de manera razonable. Si se acepta su pedido y más adelante usted cambia de dirección, o si cambia su número de identificación de suscriptor, deberá enviar un nuevo pedido de Comunicaciones Confidenciales por escrito a Blue Shield Promise. Puede cancelar su pedido de Comunicaciones Confidenciales enviando un pedido por escrito a Blue Shield Promise a la dirección postal, la dirección electrónica o el número de fax que están al final del formulario.

1. Persona que pide la Comunicación Confidencial de la PHI:

Nombre:

Número de identificación del suscriptor:

Número de teléfono:

Fecha de nacimiento:

Dirección electrónica:

2. Pido que Blue Shield Promise me comunique mi PHI de la siguiente manera:

Dirección postal confidencial:

Número de teléfono confidencial:

Dirección electrónica confidencial:

3. Firma de la persona, del padre o de la madre de un menor de edad, o del representante personal:

Firma

Fecha

Nombre en letra de imprenta:

Tutores o representantes legales

Si este formulario lo firma alguien que no es la persona ni el padre o la madre de un menor de edad, como un tutor o un representante personal/legal, también debe enviar documentación que demuestre que usted tiene autoridad legal para actuar en nombre de la persona en relación con la atención de su salud/PHI. Esa documentación puede incluir lo siguiente:

1. Autorización de la Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA, Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos).
2. Poder notarial para la atención de la salud.
3. Documentación de la tutela.
4. Otra documentación válida que demuestre su autoridad legal para actuar en nombre de la persona.

Nombre del representante (en letra de imprenta):

Relación con el Miembro:

Tipo de documentación enviada:

Firma del representante:

Puede enviar este formulario completo y firmado mediante una de las siguientes opciones:

Correo postal: Blue Shield of California Promise Health Plan Privacy Office, PO Box 272540, Chico CA, 95927-2540

Correo electrónico: privacy@blueshieldca.com

Fax: 1-800-201-9020

Blue Shield of California Promise Health Plan cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales aplicables, y no discrimina, ni excluye ni trata de manera diferente a las personas por su raza, color, país de origen, identificación con determinado grupo étnico, condición médica, información genética, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad, ni discapacidad física ni mental.

Puede conseguir este documento gratis en otros formatos, como letra grande, braille y/o audio. Llame al (855) 905-3825 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratis.