

Solicitud de Autorización del Afiliado

Operaciones Comerciales / IDC

Usted puede otorgar a Blue Cross and Blue Shield of North Carolina (Blue Cross NC) autorización por escrito para divulgar su Información de salud protegida (Protected Health Information, PHI) a cualquier persona o entidad que usted designe y para cualquier propósito. Si desea autorizar a alguien para que reciba su PHI, por favor complete el formulario a continuación.

Padres / tutores legales: Queremos poder hablar con usted en nombre de su hijo dependiente (mayores de 18 años o entre las edades de 14-18 años para cierto diagnóstico) acerca de su información de salud protegida. Por esta razón, estamos obligados a tener su consentimiento al completar este formulario.

AFILIADO DE QUIEN SE DIVULGARÁ LA INFORMACIÓN:

Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Apellido del afiliado: _____

FECHA DE NACIMIENTO DEL AFILIADO
[] [] / [] [] / [] [] [] []
MES DIA AÑO

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL SUSCRIPTOR (de su tarjeta del seguro)
[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

El propósito de esta divulgación es:

☐ para ayudarme con mi plan de salud ☐ para coordinar y manejar mi atención médica ☐ Otro _____

Por solicitud mía, autorizo a Blue Cross NC a divulgar mi Información de salud protegida a (Si lo desea, puede designar a más de una persona. Sin embargo, debe rellenar un formulario por persona):

Primer nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Apellido _____

Relación con el afiliado _____

Por favor suministre la siguiente información a la persona a quien usted ha autorizado de manera que podamos verificar la identidad de la persona y la autoridad para recibir su PHI: (i) el número de identificación del suscriptor, (ii) su fecha de nacimiento, y (iii) la dirección del suscriptor.

Autorizo a Blue Cross NC para que divulgue la siguiente Información de salud protegida a la persona o entidad que aparece anteriormente en este documento. MARQUE TODAS LAS CASILLAS QUE CORRESPONDAN:

☐ TODA la información solicitada ☐ Información sobre el pago de primas
☐ Información de inscripción ☐ Información sobre la explicación de beneficios (Explanation of Benefits, EOB)
☐ Información de beneficios ☐ Toda la información sobre reclamaciones
☐ Todos los servicios de un proveedor específico de atención médica (escriba el nombre del proveedor): _____

☐ Otro (por favor escriba la Información de salud protegida específica o las fechas): _____

Si corresponde, esta información puede contener datos sensibles, incluyendo datos relacionados con el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual o transmisibles, el VIH/SIDA, enfermedades mentales y de salud del comportamiento (excepto las notas de psicoterapia), pruebas genéticas y terminación del embarazo.

Si corresponde, autorizo a Blue Cross NC a divulgar información sobre el abuso de alcohol/sustancias relacionadas con la solicitud anterior. ☐ Sí ☐ No

Quiero que la persona/entidad designada tenga acceso a mi PHI hasta que mi póliza expire O hasta la fecha especificada de:

[] [] / [] [] / [] [] [] []
MES DIA AÑO

CONTINUA EN LA SIGUIENTE PÁGINA

Aviso: Esta autorización entrará en vigencia en la fecha en que Blue Cross NC la ingrese al sistema, generalmente (5) días después de recibirla. Si desea que esta autorización entre en vigencia en un fecha posterior, por favor escriba la fecha aquí:

→

		/			/				
MES			DÍA			AÑO			

Deseo que esta autorización tenga fecha de vencimiento el (escriba la fecha):

→

		/			/				
MES			DÍA			AÑO			

☐

☐ Cuando mi póliza del seguro termine

(Si no hay una fecha de vencimiento, esta autorización vencerá doce (12) meses después de la fecha en que se recibió).

Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento proporcionándole a Blue Cross NC una notificación por escrito enviada por correo a la dirección que aparece al final de este formulario. También comprendo que la revocación no afectará ninguna acción que Blue Cross NC haya tomado con relación a esta autorización antes que recibiera por escrito mi notificación de revocación.

También entiendo que esta autorización no afectará la estipulación o el pago de los beneficios de mi seguro médico.

Además, comprendo que si las personas o entidades que yo autorizo para recibir mi Información de salud protegida no están sujetas a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) u otras leyes federales de privacidad de la información de salud, pueden divulgar de ahí en adelante dicha información y podría dejar de estar protegida por «HIPAA».

Sin embargo, si esta información está protegida por las Regulaciones Federales de Confidencialidad sobre el Abuso de Sustancias, el receptor no puede volver a divulgar dicha información sin mi autorización escrita, a menos que las leyes estatales o federales dispongan lo contrario.

Firma: _____

FECHA									
		/			/				
MES			DÍA			AÑO			

Si lo firma una persona diferente al afiliado (escriba su nombre completo en letra imprenta): _____

Describa su autoridad para actuar en nombre del afiliado (ejemplo: poder legal, orden de un juzgado, padre de un menor de edad, etc.): _____

AVISO: Por favor adjunte el documento legal que lo acredita como el representante personal si usted no lo ha enviado a nosotros previamente.

Devuelva esta autorización a:

Commercial Operations / IDC
Blue Cross and Blue Shield of North Carolina
PO Box 2291
Durham, NC 27702-2291

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

English

ATTENTION: If you speak any of the following languages, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-888-206-4697 (TTY and TDD, call 711) or speak to your provider.

Spanish / Español

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-888-206-4697 (TTY and TDD, call 711) o hable con su proveedor.

Chinese / 中文

注意：如果您說[中文]，我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務，以無障礙格式提供資訊。請致電 1-888-206-4697 (TTY and TDD, call 711) 或諮詢您的服務提供商。」

Vietnamese / Việt

LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-888-206-4697 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

Korean / 한국어

주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-888-206-4697 (TTY and TDD, call 711) 번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

French / Français

ATTENTION: Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-888-206-4697 (TTY and TDD, call 711) ou parlez à votre fournisseur.

Arabic / العربية

تنبيه: إن كنت تحدث اللغة العربية فمستفرك خدمات المساعدة لغوية لمخيلة مكلمات فور وسائل مساعدة وخدم امتناس بلفت في الامم وم اب تفسر في اتي طكن لا و ولديها م جل لتاصل ع لال رقم 1-888-206-4697 (TTY and TDD, call 711) اوت حدث مقدم لخدمة

Hmong / Lus Hmoob

LUS CEEV TSHWJ XEEB: Yog hais as koj hais Lus Hmoob muaj cov kev pab cuam txhais lus pub dawb rau koj. Cov kev pab thiab cov kev pab cuam ntiv uas tsim nyog txhawm rau muab lus qhia paub ua cov hom ntaub ntawv uas tuaj yeem nkag cuag tau rau los kuj yeej tseem muaj pab dawb tsis xam tus nqi dab tsi ib yam nkaus. Hu rau 1-888-206-4697 (TTY and TDD, call 711) los sis sib tham nrog koj tus kws muab kev saib xyuas kho mob.

Servicios de intérprete en diferentes lenguajes:

ATTENTION: If you speak another language, language assistance services, free of charge, are available to you. Call the Customer Service or TTY number on the back of your member ID card.

ATENCIÓN: Si habla otro idioma, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame a Servicio de Atención al Cliente al número de teléfono para personas con problemas auditivos (TTY) que figura al dorso de su tarjeta de identificación.

注意：他の言語を話す方は、言語支援サービスを無料でご利用いただけます。

顧客サービスにお電話いただくか、会員IDカードの裏面にあるTTYサービスをご利用ください。

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số Dịch vụ khách hàng hoặc TTY trên mặt sau thẻ ID thành viên của bạn.

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 가입자 ID 카드 뒷면에 있는 고객센터 서비스 혹은 TTY 번호로 전화해 주십시오.

ATTENTION: si vous parlez une autre langue, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Contactez le service clients au numéro figurant au dos de votre carte de membre.

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية متوفرة لك بالجان. اتصل برؤم خدمة العملاء أو رؤم الهاتف النيص الموضح على ظهر بطاقة هوية العضو.

LUS CEEB TOOM: Yog tias koj hais lus Hmoob, , peb muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Hu rau Customer Service tus xov tooj los yog tus xov tooj TTY rau cov neeg tsis hnov lus zoo uas nyob sab tom qab koj daim npav ID.

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на другом языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Позвоните в Отдел обслуживания по номеру, указанному на обратной стороне вашей идентификационной карточки участника.

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng ibang lengguwahe, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tawagan ang numero ng Customer Service o TTY sa likod ng iyong member ID card.

પ્રુચના: જો તમે ઇંગ્લિશ બોલતા હોવ તો તમારા માટે ભાષા સેવાઓ નિઃશુલ્ક રીતે ઉપલબ્ધ છે. તમારા સભ્ય ઓળખ પત્ર (આઈ.ડી.કાર્ડ) પાછળની બાજુ પર આપેલ કસ્ટમર સેવાઓના નંબર અથવા TTY નંબર પર કોલ કરો.

ចំណាំ: ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាដទៃ គ្រូសាកមជ្ឈមណ្ឌលសាមគ្គីភាពអាស៊ាននឹងផ្តល់ជូនសេវាបកប្រែភាសាឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នក។ សមាជិកអាស៊ានអាចទទួលបានសេវាបកប្រែសេរីសម្រាប់អ្នក។

ACHTUNG: Falls Sie eine andere Sprache sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachdienste zur Verfügung. Rufen Sie die Nummer des Kundenservices oder von TTY an, die auf der Rückseite Ihrer Mitgliedskarte angegeben ist.

आन धः यिद आप दूसरी भाषा बोलते हैं, तो आपको लिए भाषा सहायता सेवाएं, मुफ्त में, अपने सदस्य आईडी कार्ड के पीछे मौजूद ग्राहक सेवा या TTY नंबर पर कॉल करें।

ເລື່ອງສຳຄັນ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາອື່ນ, ມີການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາໃຫ້ທ່ານໂດຍບໍ່ໄດ້ເສຍຄ່າ. ໂທຫາຝ່າຍບໍລິການລູກຄ້າຫຼື ຕີ TTY ຢູ່ດ້ານຫຼັງບັດປະຈຳຕົວຂອງທ່ານ.

注意：如果您講廣東話或普通話，您可以免費獲得語言援助服務。請撥打您會員 ID 卡背面的客服或TTY號的電話號碼。

BLUE CROSS®, BLUE SHIELD®, los símbolos de la cruz y el escudo and Shield y las marcas de servicio son marcas de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross and Blue Shield. Blue Cross NC es un concesionario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.