



Solicitud de comunicación confidencial de información médica protegida

Puede usar este formulario para solicitar que Blue Shield of California comunique su información médica protegida ("PHI") a una dirección postal, dirección de correo electrónico o número de teléfono confidenciales. Si decide no usar este formulario, envíe toda la información solicitada en este formulario por escrito a Blue Shield a la dirección postal, dirección de correo electrónico o número de fax al final del formulario.

Su solicitud se aplicará solo a la PHI comunicada por Blue Shield of California y sus socios comerciales. Su solicitud puede ser rechazada si no puede aceptarse razonablemente. Si se concede su solicitud y posteriormente cambia su dirección, o si su número de identificación de suscriptor cambia, debe presentar una nueva solicitud para comunicaciones confidenciales enviando una solicitud por escrito a Blue Shield of California. Puede revocar su solicitud de comunicaciones confidenciales enviando una solicitud por escrito a Blue Shield of California a la dirección postal, dirección de correo electrónico o número de fax al final del formulario.

1. Persona que solicita la comunicación confidencial de PHI:

Nombre:

Número de identificación de suscriptor:

Número de teléfono:

Fecha de nacimiento:

Dirección de correo electrónico:

2. Solicito que Blue Shield of California me comunique mi PHI a través de los siguientes medios:

Dirección postal confidencial:

Número de teléfono confidencial:

Dirección de correo electrónico confidencial:

3. Firma de la persona, padre/madre de niño menor de edad o representante personal:

Firma

Fecha

Nombre en letra de molde:

Representantes legales o tutores

Si este formulario es firmado por una persona que no es la persona o el padre/la madre de un menor, por ejemplo, un representante personal/legal o tutor, también debe presentar la documentación que establezca su autoridad legal para actuar en nombre de la persona con respecto a su atención médica/PHI. Dicha documentación puede incluir:

1. Autorización en virtud de la HIPAA;
2. Poder notarial para atención médica;
3. Documentos de tutela; u
4. Otra documentación válida que establezca su autoridad legal para actuar en nombre de la persona.

Nombre del representante (letra de molde):

Relación con el miembro:

Tipo de documentación presentada:

Firma del representante:

Puede devolver este formulario completado y firmado a través de una de estas opciones:

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

Correo electrónico: privacy@blueshieldca.com

Fax: (800) 201-9020

The company complies with applicable state laws and federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people, or treat them differently on the basis of race, color, national origin, ethnic group identification, medical condition, genetic information, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, mental disability, or physical disability.

La compañía 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.

本公司遵守適用的州法律和聯邦民權法律，並且不會以種族、膚色、原國籍、族群認同、醫療狀況、遺傳資訊、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡、精神殘疾或身體殘疾而進行歧視、排斥或區別對待他人。