

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Identificación de miembro: _____

Apellido del suscriptor: _____

Acrónimo: **AUT**

SOLO PARA USO ADMINISTRATIVO DE BLUE CROSS AND BLUE SHIELD OF
NEBRASKA

Este formulario autoriza a Blue Cross and Blue Shield of Nebraska (BCBSNE) a divulgar su información médica protegida (PHI). Solo debe completar este formulario si desea que BCBSNE le entregue su PHI a otra persona u organización, por ejemplo, su cónyuge. La PHI es información sobre usted que podría identificarlo y que se relaciona con su salud o condición física o mental anterior, actual y futura, así como con los servicios de salud relacionados. Escriba en letra de imprenta clara con tinta azul o negra.

SECCIÓN A: Persona que autoriza la divulgación de la PHI

SU NOMBRE: _____

SU NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE MIEMBRO (TAL COMO FIGURA EN SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE BCBSNE)

SU NÚMERO DE TELÉFONO: (de día) _____ (de noche) _____

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	
— (PREFJIO) —				— (NÚMEROS) —							

SU DIRECCIÓN: _____

Calle N.º de apartamento

Ciudad Estado Código postal

SECCIÓN B: Descripción de la autorización

Por la presente, autorizo a BCBSNE a divulgar mi PHI como se describe en esta autorización. Comprendo que mi PHI podría incluir, entre otros, expedientes médicos, registros de atención de emergencia, estados de cuenta de facturación, explicación de beneficios, informes de imágenes de diagnóstico, informes de transcripción del hospital, informes de laboratorio, registros dentales, informes patológicos, registros de fisioterapia, registros del hospital (incluidos los registros de enfermería y notas de progreso) y cualquier información médica o personal relacionada con los fines de esta autorización.

Asimismo, comprendo que mi PHI podría incluir información relacionada con cualquiera de los siguientes: pruebas genéticas, salud mental (con exclusión de las notas de psicoterapia), VIH/SIDA, medicamentos recetados, embarazo/maternidad, trasplantes de órganos y dependencia de sustancias químicas (incluido el tratamiento por consumo de alcohol y drogas).

Además, comprendo que esta autorización se aplica a **TODA** la PHI, independientemente de su fecha de creación, obtención o mantenimiento por parte de BCBSNE, correspondiente al número de identificación de miembro indicado arriba, a menos que se indique lo contrario aquí (si no hubiera nada al respecto, deje el espacio en blanco): _____

SECCIÓN C: Personas/organizaciones autorizadas a recibir mi PHI

Díganos a quién autoriza para recibir su PHI; para ello, complete el cuadro a continuación.

- En el apartado "Relación de la persona con usted", brinde una descripción general como "esposo" o "abogado".
- La "Fecha de finalización" es la fecha en que finalizará esta autorización. Si no desea que esta autorización finalice en una fecha específica, marque la casilla "Al dar de baja la inscripción". Si deja las casillas "Fecha de finalización" Y "Al dar de baja la inscripción" en blanco, esta autorización seguirá siendo válida hasta que dé de baja la inscripción de su plan de salud* o por un período de seis meses desde la fecha de su fallecimiento. Si su cobertura ya ha finalizado, DEBE proporcionarnos una "Fecha de finalización" futura.
- Ciertas modificaciones en su plan de salud (p. ej., el cambio a otro empleador que ofrece un plan de salud de BCBSNE) podría ocasionar la baja de la inscripción sin interrumpir su cobertura. Si no hubiera un cambio esencial en su cobertura, esta autorización podría seguir siendo válida bajo el número de identificación de miembro indicado en este formulario.

Personas autorizadas a recibir su PHI

Nombre de la persona que recibirá la PHI	Relación de la persona con usted	Dirección	Código postal	Número de teléfono	Fecha de finalización	Al dar de baja la inscripción
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>

**AUTORIZACIÓN PARA LA
DIVULGACIÓN DE
INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

SOLO PARA USO ADMINISTRATIVO DE BLUE CROSS AND BLUE SHIELD OF
NEBRASKA

Fin para que cual se hará la divulgación (**NOTA: No está obligado a indicar un fin específico; si se deja en blanco, BCBSNE supondrá que la divulgación simplemente se realiza porque usted así lo solicitó**): _____

SECCIÓN D: Términos y condiciones de la autorización

Comprendo que puedo negarme a firmar esta autorización. Comprendo que BCBSNE no puede condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para recibir beneficios, a la firma de esta autorización. También comprendo que si la(s) persona(s)/organización(es) autorizada(s) a recibir mi PHI no es/son un plan de salud o un proveedor de atención médica, es posible que la información divulgada ya no esté protegida por las reglamentaciones federales de privacidad. Asimismo, comprendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida que se haya tomado una medida basada en esta autorización.

(comuníquese con BCBSNE en la dirección o al número de teléfono indicados a continuación para obtener el formulario estándar de revocación de la autorización).

A menos que se revoque con anterioridad, esta autorización finalizará en la fecha especificada anteriormente o al dar de baja la inscripción del plan de salud (definido en la Sección C).

SECCIÓN E: Su firma

Firma de la persona: _____ Fecha: _____

Si un representante personal firma esta autorización en nombre de la persona, complete la siguiente información:

Nombre del representante personal: _____

Relación con el miembro (marque una de las siguientes opciones):

- Padre:** Como el padre del menor de edad, usted está autorizado a obtener información médica protegida (PHI). Si desea autorizar a otra persona para que reciba la PHI sobre este menor de edad, debe marcar esta casilla y escribir su nombre en el campo de representante personal arriba.
- Tutor legal, curador o albacea:** Adjunte la documentación legal que acredite que usted es el tutor legal, curador o albacea.
- Poder duradero:** Adjunte la documentación legal que acredite que usted tiene un poder duradero.

Envíe de vuelta el formulario completo y firmado en el sobre adjunto con franqueo pago O BIEN envíelo a la siguiente dirección:

Blue Cross and Blue Shield of Nebraska
Attention: Privacy Office
PO Box 3248
Omaha, NE 68180-0001

Número de fax: 402-392-4153

Correo electrónico: ContactUs@NebraskaBlue.com (escanee el documento firmado para enviarlo por correo electrónico)

Si tiene preguntas, necesita información adicional o ayuda para completar este formulario, escríbanos a la dirección antes mencionada o llámenos al 402-343-3521 o 877-258-3999.

Non-discrimination and Translation Notice

Discrimination is Against the Law

Blue Cross and Blue Shield of Nebraska (BCBSNE) complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex. BCBSNE does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability or sex.
BCBSNE:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, contact Customer Service at 800-991-5840, TTY 711 between 7:30 a.m. to 6 p.m., Central time, Monday through Friday.

If you believe that Blue Cross and Blue Shield of Nebraska has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex, you can file a grievance with:

Manager, Corporate Compliance
Blue Cross and Blue Shield of Nebraska
P.O. Box 3248
Omaha, NE 68180-001
800-991-5840, TTY: 711
CivilRights@NebraskaBlue.com

You can file a grievance in person or by mail, fax or email. If you need help filing a grievance, our Manager of Corporate Compliance is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at hhs.gov/sites/default/files/ocr-cr-complaint-form-package.pdf.
For quick processing, use the OCR online portal to file a complaint.

ATTENTION: This notice may have important information about your application or coverage. Look for key dates in this notice. You may need to take action by certain deadlines to keep your health coverage or get help with costs. If you or someone you're helping has questions, you have the right to get help and information in your language at no cost. To talk to an interpreter, call 1-800-991-5840. This notice is translated as federally required.

Arabic

تنبيه: قد يتضمن هذا الإشعار معلومات مهمة عن تطبيقك أو تأمينك. ابحث عن التواريخ الرئيسية في هذا الإشعار. قد يلزمك اتخاذ إجراء قبل المواعيد النهائية المحددة للحفاظ على التأمين الصحي أو للحصول على مساعدة بشأن التكاليف. إذا كنت أنت أو أحد من تساعدكم لديكم أسئلة، فلك الحق في الحصول على مساعدة ومعلومات بلغتك وبدون تكلفة. للتحدث مع أحد المترجمين الفوريين، اتصل برقم 1-800-991-5840.

Chinese Traditional

注意：本通知可能含有與您的申請或保險有關的重要資訊。在本通知中尋找重要的日期。您可能需要在某個截止日期前採取行動，以保持您的健康保險或獲得費用方面的幫助。如果您或者您正幫助的人有疑問，您有權利以您的語言免費獲得提供的幫助與資訊。致電口譯員，請撥打1-800-991-5840。

German

Achtung: Diese Mitteilung kann wichtige Informationen über Ihren Antrag oder die Versicherungsdeckung beinhalten. Beachten Sie wichtige Fristen in dieser Mitteilung. Sie müssen unter Umständen Maßnahmen innerhalb bestimmter Fristen ergreifen, um Ihren Krankenversicherungsschutz zu erhalten oder eine Kostenerstattung zu erhalten. Wenn Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen hat, können Sie kostenlos Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte 1-800-991-5840 an.

Spanish (Mexico)

ATENCIÓN: Este aviso puede contener información importante sobre su solicitud o cobertura. Ponga atención a las fechas clave en este aviso. Puede ser que usted necesite realizar algunas acciones para determinadas fechas y así mantener su cobertura de salud o para obtener ayuda con los costos. Si usted o alguien a quien usted ayuda tiene alguna pregunta, tiene el derecho de recibir información y ayuda en su propio idioma sin costo. Para hablar con un intérprete, llame al 1-800-991-5840.

Farsi

توجه این اعلامیه ممکن است اطلاعات مهمی درباره درخواست یا طرح پوشش بیمهتان داشته باشد. تاریخ های اصلی را در این اعلامیه جستجو کنید. ممکن است لازم باشد تا موعد مقرر اقدام کنید تا پوشش بیمه درمانیتان حفظ شود یا هزینه های درمانی را دریافت کنید. اگر شما یا فردی دیگر که به او کمک می کنید، سؤالی دارید، از این حق برخوردار هستید تا راهنمایی و اطلاعات را به صورت رایگان به زبان خودتان دریافت کنید. برای صحبت کردن با یک مترجم، با شماره 1-800-991-5840 تماس بگیرید.

French (Europe)

ATTENTION : Cet avis peut contenir des informations importantes concernant votre demande ou votre garantie. Prêtez attention aux dates clés indiquées. Il vous faudra peut-être prendre des mesures avant une certaine date pour pouvoir conserver votre assurance santé ou bénéficier d'aides au paiement. Si vous ou une personne que vous aidez avez des questions, vous pouvez obtenir gratuitement de l'assistance et des informations dans votre langue. Pour parler à un interprète, appelez le 1-800-991-5840.

Japanese

ご注意：本通知書には、患者さんの申請や保険について重大な情報が含まれている可能性があります。本通知書の日付をご覧ください。医療保険を利用したり、費用についてサポートを受けるには、本通知書に従って特定の期限までに手続きしてください。患者さん、または付き添いの方が質問がある場合は、母国語で無料で支援を受けたり、情報を受け取る権利があります。通訳と話したい場合は、1-800-991-5840.まで電話をおかけください。

Karen

ဟံသုင်ဟံသး-တံဘိးဘုင်သုင်ညါဆံ၊ ဘုင်သုင်သုင် ကဆိင်ဒီးတံဂုင်တံဂျါလံ၊ ဆရုခိင်ဘုင်သး နလံပတံထိင်တံ မုတမု တံဆုင်ကိလဲးနုင်လိ၊ ကွံယု မုနံမုသိဆရုခိင်လံ၊ လံဘိးဘုင်သုင်ညါဆံအပူတကု၊ ဘုင်သုင်သုင် နကဘုင် ဟံးဂုင်လံ၊ မုနံလံခံကတံလံ၊ တံဟံပနိင်နုနံ၊ လံနကတုင်နကတံဆိင်ဆုင်ဆိင်ချ၊ တံဘုးတံလဲတဖင် မုတမု မနံတံမလံလံ၊ တံပုလဲလဲတဖင်နုင်လိ၊ နု မုတမု ပုတကတံလံ၊ နမလံမုဆိင်ဒီးတံသံကွံအယံ၊ နဆိင်ဒီးတံခွဲးတံယံလံ၊ ကမနံတံမလံဒီးတံဂုင်တံဂျါလံ၊ နကုင်လံ၊ တလံဘုင်လံဂုဘုင်နုင်လိ၊ လံနကတံတံတံဒီး ပုကုဒီးထံတံဆဂီ၊ ကိး1-800-991-5840.တကု၊

Korean

주의: 본 고지에는 해당 신청서 또는 적용범위에 대한 중요한 정보가 있을 수 있습니다. 본 고지의 주요 날짜를 찾으십시오. 해당 건강보험을 유지하거나 비용을 지원받는 특정 기간까지 조치를 취하셔야 합니다. 본인 자신이 나본인이 돕고 있는 누군가가 질문이 있다면 무료로 모국어로 된 도움과 정보를 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 통역사와 통화하려면 1-800-991-5840. 번으로 전화하십시오.

Kurdish

ئاگاداری
ڕهنگه ئهم ئاگاداریه زانیاری گرنگی تیدا بئیت دربارهی داواکاری یان روومالکردنهکمت بهعواهی بهرواره سهههکهیکانی ناو ئهم ئاگاداریه بهگهڕێ. لهوانهیه بپووست بکات له ههننیک دوا واده کرداریک بهکهیته بۆ ئهوهی روومالی تههنروسنیت بهردهوام بئیت یان یارمهتی بۆ تێچوو ماکانت دهست بهکهیته. ئهگهڕ تۆ یان کهسێک که تۆ یارمهتی دهدهته پرسپاری ههیه، تۆ مافی دهسهکهرتنی یارمهتی و زانیاریته به زمانی خۆت بێ بهرامبهس ههیه. بۆ قسهکردن لهگهڵ وهرگهڕێک، پهوههندی به 18009915840. بهک.

Lao

ສິ່ງທີ່ຄວນເອົາໃຈໃສ່: ແຈ້ງການສະບັບນີ້ ອາດຈະມີຂໍ້ມູນທີ່ສໍາຄັນກ່ຽວກັບການສະໝັກ ຫຼື ການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບຂອງທ່ານ. ຈົ່ງຊອກຫາວັນທີ່ສໍາຄັນໃນແຈ້ງການສະບັບນີ້. ທ່ານອາດຈະຕ້ອງດໍາເນີນການໃນຂອບເຂດເວລາໃດໜຶ່ງ ເພື່ອຮັກສາການຄຸ້ມຄອງດ້ານສຸຂະພາບຂອງທ່ານ ຫຼື ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານງົບປະມານ. ຖ້າທ່ານທ່ານ ຫຼືບຸກຄົນທີ່ທ່ານກຳລັງຊ່ວຍເຫຼືອຢູ່ນັ້ນ ມີຄໍາຖາມ,ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນທີ່ເປັນພາສາຂອງທ່ານ ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ຕ້ອງການລິມັດງົບປະມານແປພາສາ, ຈົ່ງໂທຫາເບີ 1-800-991-5840.

Nepali

ध्यानाकर्षणः यो सूचनामा तपाईंको निवेदन वा कभरेजको बारेमा महत्त्वपूर्ण जानकारी हुनसक्छ। यो सूचनामा मुख्य मितिहरू हेर्नुहोस्। तपाईंको स्वास्थ्य कभरेज वा लागतमा मद्दत प्राप्त गर्न तपाईंले निश्चित समयसोमा भित्र कारबाही लिनुपर्ने हुनसक्छ। तपाईं वा तपाईंले सहायता गरेका कसैसँग जिज्ञासाहरू छन् भने तपाईंसँग आफ्नो भाषामा निःशुल्क सहायता र जानकारी प्राप्त गर्ने अधिकार छ। दोभाषेसँग कुरा गर्न 1-800-991-5840.मा कल गर्नुहोस्।

Oromo

HUBAACHISA: Beeksisi kun odeeffannoo barbaachisaa waa’ee iyyata keetii yookaan waa’ee tajaajiloota qabaachuu mala. Beeksisa kana irraa guyyoota barbaachisoo ta’an ilaali. Tajaajila fayyaa kee itti fufsiisuuf guyyoota murtaa’an irratti tarkaanfiin ati fudhattu yookaan kaffaltiidhaan gargaarsi ati argattu jiraachu mala. Yoo ati ykn namni ati gargaartu, gaaffii qabaattan, gatii malee gargaarsaa fi oddeeffanno afaan dandeessaaniin argachuun mirga keessaani. Warra afaan hikkaaniif lakkoofsa kanaan bilbilaa 1-800-991-5840.

Russian

ВНИМАНИЕ! В данном уведомлении может содержаться важная информация о вашей заявке или страховке. В нем также указаны ключевые даты. Вам может потребоваться выполнить некоторые действия к определенному сроку для сохранения вашей медицинской страховки или получения помощи в оплате расходов. Если у вас или у человека, которому вы помогаете, возникнут вопросы, вы имеете право получить помощь и информацию на своем языке бесплатно. Чтобы поговорить с переводчиком, позвоните по номеру 1-800-991-5840.

Vietnamese

CHÚ Ý: Thông báo này có thể chứa thông tin quan trọng về đơn đăng ký hoặc bảo hiểm của quý vị. Tìm những ngày chính trong thông báo này. Quý vị có thể cần hành động trước một số thời hạn để duy trì bảo hiểm sức khỏe của mình hoặc được giúp đỡ có tính phí. Nếu quý vị hoặc người quý vị đang giúp đỡ, có thắc mắc, quý vị có quyền lấy thông tin và được trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, gọi số 1-800-991-5840.