

# FORMULARIO DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL - VIH



Un licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association

**Utilice este formulario para permitir que otra persona reciba su información relacionada con el VIH. Aun cuando usted no lo firme, Blue Cross Blue Shield of Arizona (BCBSAZ) pagará sus reclamaciones, lo inscribirá en nuestro plan y le permitirá calificar para los beneficios. No es obligatorio llenar este formulario.**

Autorizo a BCBSAZ a proporcionar mi información relacionada con el VIH (pruebas de VIH, SIDA o enfermedades relacionadas) a:

Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_

Razón por la que se proporciona la información: \_\_\_\_\_

Este permiso comienza el día que usted firma este formulario. Será válido durante 180 días. Es posible que la persona que reciba sus registros no los mantenga en privado. Si eso sucede, sus registros podrían no ser protegidos por las leyes federales de privacidad.

Puede solicitarnos que dejemos de compartir sus registros en cualquier momento. **Si desea que dejemos de compartirlos, escribanos a: BCBSAZ Privacy Office, Mail Stop C302, 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.**

Nombre del afiliado: \_\_\_\_\_ Número de identificación de BCBSAZ: \_\_\_\_\_

Firma del afiliado: \_\_\_\_\_ Fecha de firma: \_\_\_\_\_

Nombre del grupo (si corresponde): \_\_\_\_\_ Número del grupo (si corresponde): \_\_\_\_\_

Nombre del representante\*: \_\_\_\_\_ Relación con el afiliado: \_\_\_\_\_

Firma del representante: \_\_\_\_\_ Fecha de firma: \_\_\_\_\_

\* Adjunte una copia del(de los) documento(s) legal(es) que corresponda(n).

## HAGA FIRMAR EL FORMULARIO POR UN NOTARIO

Estado de \_\_\_\_\_ Condado de \_\_\_\_\_

Este formulario se firmó ante mí el día: \_\_\_\_\_

Notario público: \_\_\_\_\_

Mi comisión expira: \_\_\_\_\_

**Puede obtener una copia de este formulario luego de firmarlo. Puede rehusarse a firmar este formulario.**

**Complete el formulario y envíenoslo.**

Envíelo por correo postal a: **BCBSAZ, a la atención de: Enrollment, P.O. Box 13466, Phoenix AZ 85002-3466;**  
por fax a: **602-864-4041** o por correo electrónico a: **privacy@azblue.com**



Blue Cross Blue Shield of Arizona (BCBSAZ) complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex. BCBSAZ provides appropriate free aids and services, such as qualified interpreters and written information in other formats, to people with disabilities to communicate effectively with us. BCBSAZ also provides free language services to people whose primary language is not English, such as qualified interpreters and information written in other languages. If you need these services, call 602-864-4884 for Spanish and 1-877-475-4799 for all other languages and other aids and services.

If you believe that BCBSAZ 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: BCBSAZ's Civil Rights Coordinator, Attn: Civil Rights Coordinator, Blue Cross Blue Shield of Arizona, P.O. Box 13466, Phoenix, AZ 85002-3466, 602-864-2288, TTY/TDD 602-864-4823, [crc@azblue.com](mailto:crc@azblue.com). You can file a grievance in person or by mail or email. If you need help filing a grievance BCBSAZ's Civil Rights Coordinator 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 <https://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, DC 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD). Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



Un licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association