



# RESPUESTA A UNA SOLICITUD DE MODIFICACIÓN RECHAZADA

Use este formulario para responder al rechazo de su solicitud de modificación, o para pedir que su solicitud original de modificación y el rechazo se adjunten a las futuras divulgaciones de información médica protegida (Protected Health Information, PHI) que solicitó que se modificara. Si necesita ayuda para rellenar este formulario, comuníquese con Servicio al Cliente al número en su tarjeta de asegurado. Rellene el formulario en su totalidad. Necesitamos una copia de nuestra carta original de rechazo para poder responderle a esta solicitud.

DESPUÉS DE RELLENAR Y FIRMARLO, ENVÍELO POR CORREO A:

**Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma**

**PO Box 660044**

**Dallas, TX 75266-0044**

**OCA\_SSD@bcbstx.com**

## Sección A Proporcione información sobre la persona a quien se le rechazó una solicitud de modificación.

nombre \_\_\_\_\_ apellido \_\_\_\_\_ n.º de grupo \_\_\_\_\_  
n.º de seguro social \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ n.º de asegurado \_\_\_\_\_  
domicilio \_\_\_\_\_ ciudad \_\_\_\_\_ estado \_\_\_\_\_ código postal \_\_\_\_\_  
código de área y teléfono \_\_\_\_\_ correo electrónico (si tiene) \_\_\_\_\_

## Sección B Seleccione la opción apropiada. Solamente puede seleccionar una.

**Opción 1:** Solicito que se adjunte la siguiente declaración de desacuerdo a mi conjunto designado de expedientes.  
(Limite su respuesta al espacio que se proporciona a continuación.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Opción 2:** Elijo no presentar una declaración de desacuerdo. En vez, solicito que se incluyan mi solicitud original de modificación y el subsiguiente rechazo a cualquier futura divulgación de información médica protegida que solicité que se modificara.

## Sección C Firma:

Este documento tiene que estar firmado por el interesado, uno de los padres de un menor o por el representante autorizado del solicitante.

Entiendo que yo solo puedo firmar en nombre de un menor de 18 años, a menos que se presenten pruebas de tutela.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha: mes/día/año \_\_\_\_\_

## Sección D Si un representante autorizado firma la Sección C, proporcione la siguiente información.

Si firma con capacidad de un poder notarial, tutor, albacea o administrador, adjunte una copia de los documentos legales. **NO** tiene que adjuntar copias de estos documentos si ya constan en los archivos de Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma.

nombre del representante autorizado \_\_\_\_\_  
parentesco con la persona que solicita la información \_\_\_\_\_  
domicilio del representante autorizado \_\_\_\_\_ ciudad \_\_\_\_\_  
estado \_\_\_\_\_ código postal \_\_\_\_\_ código de área y teléfono del representante autorizado \_\_\_\_\_  
correo electrónico del representante autorizado (si tiene) \_\_\_\_\_

**Queda estrictamente prohibido modificar el formato, el contenido o la marca comercial de este formulario sin previa autorización del Departamento de Asuntos de Privacidad de HCSC (HCSC Privacy Office).**