

# FORMULARIO DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL: VIH



An Independent Licensee of the Blue Cross 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. Este formulario no es obligatorio.**

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. Debe saber que la persona que recibe sus registros no tiene la obligación de mantenerlos privados. Si sus registros se hacen públicos en ese momento, es posible que no estén protegidos por las leyes federales de privacidad.

Puede solicitarnos que dejemos de compartir sus registros en cualquier momento. **Si desea que dejemos de compartir sus registros, escríbanos a: BCBSAZ Privacy Office, Mail Stop C300, P.O. Box 13466, Phoenix, AZ 85002-3466. Si nos solicita que dejemos de compartir sus registros, no se modificará lo que BCBSAZ compartió antes.**

Nombre del socio	Número de identificación de afiliado a BCBSAZ
Firma del miembro	Fecha de la firma (MM/DD/AAAA)
Nombre del grupo (si corresponde)	Número del grupo (si corresponde)
Nombre del representante*	Relación con el afiliado a BCBSAZ

\*Adjunte una copia del (de los) documento(s) legales que correspondan.

## Haga firmar el formulario por un notario público

Estado de	Condado de
Este formulario se firmó ante mí el día	
Notario público	Mi cargo expira

**Envíenos su formulario completo, firmado y notariado por correo postal, fax o correo electrónico.**

**Por correo postal:** BCBSAZ  
Atención: para la inscripción  
P.O. Box 13466 | Phoenix, AZ 85002-3466

**Fax:** 602-544-5661

**Correo electrónico:** [privacy@azblue.com](mailto:privacy@azblue.com)

Si le gustaría recibir una copia de su formulario firmado, llame a la Oficina de Privacidad al **602-864-2255** o al **1-800-232-2345**, extensión **2255 (TTY: 711)**.



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 Blue Shield Association