



TEXAS DEPARTMENT OF INSURANCE

Compliance Division - Consumer Protection (111-1A)

333 Guadalupe, Austin, Texas 78701 ★ PO Box 149091, Austin, Texas 78714-9091
(800) 252-3439 | F: (512) 490-1007 | TDI.texas.gov | @TexasTDI

FECHA

Formulario de Queja por Mediación de Seguro de Salud

Utilice este formulario para presentar una queja sobre las acciones de una compañía de seguros durante el proceso de mediación en los seguros de salud. Para otras quejas de seguro sobre las compañías, agentes, o ajustadores, presente una queja utilizando nuestro Portal en Línea para Quejas en www.tdi.texas.gov/consumer/complfrm.html o llamando a la Línea de Ayuda al Consumidor al 1-800-252-3439.

Información de Contacto de la Persona Inscrita

NOMBRE (NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO)

DIRECCIÓN

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

NÚMERO DE TELÉFONO DURANTE EL DÍA

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

Información del Abogado o Representante (si es que aplica)

NOMBRE

DIRECCIÓN

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

NÚMERO DE TELÉFONO

Información de la Aseguradora o Administrador

NOMBRE DEL ASEGURADO (SI ES QUE ES DIFERENTE AL DE ARRIBA)

NÚMERO DE SUSCRIPTOR DE LA PERSONA ASEGURADA

NÚMERO DE PÓLIZA EN GRUPO

NÚMERO DE RECLAMACIÓN

NOMBRE DE LA ASEGURADORA O ADMINISTRADOR

DIRECCIÓN DE LA ASEGURADORA O ADMINISTRADOR

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

NÚMERO DE TELÉFONO DE LA ASEGURADORA O ADMINISTRADOR

Médico Basado en el Hospital Fuera de la Red

NOMBRE

ESPECIALIDAD

DIRECCIÓN

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

NÚMERO DE TELÉFONO

FECHA DE SERVICIO AL MOMENTO DE EMISIÓN

TIPO DE SERVICIO PROPORCIONADO (INCLUYA SI ES POR CUIDADOS DE EMERGENCIA)

Autorización para Divulgar Información de Salud Protegida u Otra Información Confidencial

Para poder resolver completamente una queja que es presentada ante TDI, TDI puede necesitar revelar su información de salud protegida u otra información confidencial que fue proporcionada con la queja. Por favor lea todo el formulario antes de firmar y completar todas las secciones que se aplican a usted.

Las entidades cubiertas, tal como el término es definido por el Código de Salud y Seguridad de Texas (Texas Health & Safety Code, por su nombre en inglés) § 181.001, e incluyendo a TDI, deben obtener una autorización firmada por la persona o por el representante legalmente autorizado de la persona para poder divulgar electrónicamente la información de salud protegida de esa persona. No se requiere una autorización para las divulgaciones relacionadas con el tratamiento, el pago, las operaciones de los servicios de salud, la realización de ciertas funciones de seguro, o que puedan ser de otra manera autorizadas por la ley.

NOMBRE DEL PACIENTE O PERSONA

OTROS NOMBRES USADOS

FECHA DE NACIMIENTO

DIRECCIÓN

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

TELÉFONO

TELÉFONO ALTERNO

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO (OPCIONAL)

Yo autorizo lo siguiente para que se divulgue la información de salud protegida u otra información confidencial de la persona:

Texas Department of Insurance
333 Guadalupe
Austin, TX 78701

¿Quién puede recibir y usar la información de salud u otra información confidencial?

PERSONA/NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN

DIRECCIÓN

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

TELÉFONO

FAX

Al firmar este formulario, también autorizo que TDI comparta la queja y cualquier documento adjunto, que pudiera contener mi información de salud u otra información confidencial, con otra agencia estatal, federal, y agencias reguladoras internacionales, y autoridades judiciales.

Razón de la divulgación: Queja presentada ante el Departamento de Seguros de Texas.

¿Qué información puede revelar TDI? Complete lo siguiente, indicando la información que usted desea que TDI divulgue. Un paciente que es menor de edad debe firmar para que alguna de esta información sea revelada.

Toda la información de salud

Dirección de correo electrónico

Toda otra información

Su firma es requerida para revelar la siguiente información:

_____ Expedientes de salud mental (excluyendo las notas de psicoterapia)
_____ Información genética (incluyendo los resultados de exámenes genéticos)
_____ Expedientes sobre el abuso de sustancias, drogas, o alcohol
_____ Resultados de exámenes/tratamientos de VIH/SIDA
_____ Registros de vehículos motorizados

Periodo de tiempo de vigencia (opcional). Esta autorización es válida hasta lo que ocurra antes de la muerte de la persona; la persona alcanza la mayoría de edad; o el permiso es revocado; o en la siguiente fecha específica:

MES _____ DÍA _____ AÑO _____

Derecho a revocar: Yo entiendo que puedo cancelar mi autorización en cualquier momento mediante una notificación por escrito que indique mi intención de cancelar esta autorización a la persona u organización o agencia nombrada en “¿Quién puede recibir y usar la información de salud u otra información confidencial?”. Yo entiendo que cancelar mi autorización no afectará las acciones anteriores que fueron tomadas referentes a esta autorización por las entidades que tenían autorización para acceder a mi información de salud u otra información confidencial.

Firma de autorización: Yo he leído este formulario y estoy de acuerdo con los usos y divulgaciones de la información tal como se han descrito. Yo entiendo que negarse a firmar este formulario no detiene la divulgación de información de salud u otra información confidencial que se ha producido antes de la revocación o que de cualquier otra forma es permitida por la ley, sin mi autorización o permiso específico, incluyendo las divulgaciones a las entidades cubiertas, según lo proporcionado por el Código de Salud y Seguridad de Texas § 181.154(c). Yo entiendo que la información divulgada según esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por el destinatario y pudiera ya no estar protegida por las leyes federales o estatales de privacidad.

FIRMA DE LA PERSONA O REPRESENTANTE LEGALMENTE AUTORIZADO DE LA PERSONA _____ FECHA _____

NOMBRE IMPRESO DEL REPRESENTANTE LEGALMENTE AUTORIZADO (SI ES QUE APLICA) _____

Si se trata de un representante, especifique la relación con la persona:

Padre del menor Tutor Otro _____

Una persona que es menor de edad debe firmar para poder autorizar que se revelen ciertos tipos de información, incluyendo por ejemplo, la divulgación de la información relacionada con ciertos tipos de cuidados para la salud reproductiva, enfermedades de transmisión sexual, el abuso de drogas, alcohol o sustancias, y el tratamiento de salud mental (Vea, por ejemplo, el Código Familiar de Texas [Texas Family Code, por su nombre en inglés] § 32.003).

FIRMA DE LA PERSONA MENOR DE EDAD _____ FECHA _____

Acceso y Corrección de la Información Personal

Con pocas excepciones, usted tiene derecho a ser informado sobre la información que el Departamento de Seguros de Texas (TDI) reúne sobre usted. Bajo las secciones 552.021 y 552.023 del Código Gubernamental de Texas, usted tiene derecho a revisar o recibir copias de la información sobre usted, incluyendo información que es privada. Sin embargo, es posible que TDI no de a conocer la información por razones diferentes a las de proteger su derecho a la privacidad. Bajo la sección 559.004 del Código Gubernamental de Texas, usted tiene derecho a solicitar que TDI corrija la información que TDI tenga sobre usted que esté incorrecta. Para obtener más información sobre el procedimiento y los costos para obtener la información de TDI o sobre el procedimiento para corregir la información que TDI mantiene, por favor envíe un correo electrónico a la División de Servicios Legales de TDI (TDI's Legal Services Division, por su nombre en inglés) a AgencyCounsel@tdi.texas.gov o revise los Procedimientos para Correcciones de TDI (www.tdi.texas.gov/commish/legal/lccorprc.html).