



Autorización para la divulgación de Información privada sobre la salud

Por la presente autorizo a CIGNA HealthCare*, sus agentes o subsidiarias a divulgar mi Información privada sobre la salud (PHI, por sus siglas en inglés) indicada más abajo a las personas o entidades que se especifican en este formulario.

Por favor, tenga en cuenta: Este formulario no es necesario para todas las divulgaciones de su PHI. Por ejemplo, este formulario puede no ser necesario para divulgar información a:

- El cónyuge de un Miembro/Participante, cuando ambos tienen cobertura del plan de CIGNA HealthCare
- Padres de menores u otros dependientes
- Un Representante personal que figure en el archivo de CIGNA HealthCare

Divulgaremos cierta PHI sobre usted a estas personas, a su pedido, si completan un proceso de verificación de llamada satisfactoriamente.

Por favor, escriba sus respuestas en este formulario. **Para que esta autorización sea válida se deben completar todas las secciones.**

VERIFICACIÓN

Identificación del Miembro/Participante:

(Se necesita verificar la siguiente información.)

Nombre del Miembro/Participante del que se divulgará la información: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección del Miembro/Participante: _____

Número de teléfono donde lo podamos ubicar, si necesitáramos contactarlo para continuar con el procesamiento de su solicitud (obligatorio): _____

Número de Seguridad social: _____

Número de la tarjeta de identificación del Miembro/Participante (si corresponde): _____

Número de cuenta o del grupo que figura en la tarjeta de identificación: _____

Nombre del Suscriptor (si es diferente al del Miembro/Participante): _____

Nombre del empleador del Suscriptor: _____ Relación/parentesco del Suscriptor con el Miembro: _____

Número de Seguro Social del Suscriptor (si es diferente al del Miembro/Participante): _____

Si tiene cobertura adicional con CIGNA, diferente a la que se describió anteriormente, también complete la siguiente información:

Nombre del otro empleador: _____

Número de la tarjeta de identificación del Miembro/Participante: _____

Número de cuenta o del grupo que figura en la tarjeta de identificación: _____

¿Se aplica esta solicitud a toda la cobertura? Sí No

Por favor complete la página siguiente ➡

Descripción de la información que se divulgará

Indique la información que desea que se divulgue marcando una o más de las casillas a continuación. Si desea permitir un acceso limitado (por ejemplo, fechas exactas de los servicios, temas determinados sobre la administración del caso, etc.), especifíquelo en el espacio provisto. □ _____

Reclamaciones:

- Requisitos/Beneficios: _____
- Historiales clínicos: _____
- Administración de casos: _____
- Otro: _____

A menos que se indique lo contrario, mi autorización incluye la divulgación de la siguiente información: *(Por favor suprima (tache) aquellos que desee excluir, si hubiera alguno):*

- Diagnóstico y tratamiento sobre el alcoholismo, u otra drogadicción o farmacodependencia
- Diagnóstico y/o tratamiento de enfermedades mentales
- Resultados de exámenes por anticuerpos de VIH o tratamiento y diagnóstico de SIDA
- Información de pruebas genéticas

*Residentes de **Oklahoma**: la información que se autorizó a divulgar puede incluir registros relacionados con una enfermedad transmisible o venérea, que puede incluir, pero no se limita a, enfermedades como hepatitis, sífilis, gonorrea y VIH/SIDA. Según la Sección 1-502.2 de los Estatutos de Oklahoma puede tener protecciones adicionales si este tipo de información va a ser divulgada.*

Entidad o persona autorizada a recibir información:

Nombre: _____ Empresa (si corresponde): _____

Dirección de la persona/empresa autorizada a recibir la información: _____

*Residentes de **Virginia**: Una copia de esta autorización y una nota concerniente a las personas o agencias que recibieron esta divulgación se incluirá junto con sus historiales clínicos originales.*

Propósito para divulgar esta información:

Vencimiento de la autorización:

Esta autorización vence: _____ (fecha o evento).

Si ingresa un evento en vez de una fecha específica, será necesario que envíe un formulario de revocación cuando suceda el evento.

*Nota para los Miembros/Participantes de los siguientes estados: Si usted vive en **Arizona, California, Georgia, Illinois, Massachussets, Montana o Minnesota**, su autorización será válida durante un máximo de un año. Las autorizaciones firmadas por los residentes de **Virginia** serán válidas durante un máximo de dos años. Los Miembros/Participantes que viven en dichos estados y que deseen autorizar la divulgación de su información personal por un período más largo, deberán presentar una nueva autorización en el momento de vencimiento de la presente.*

Por favor complete la página siguiente ➡

TENGA EN CUENTA:

- El destinatario de la divulgación de información basada en esta autorización puede volver a divulgarla y es posible que ya no esté protegida por las regulaciones federales de privacidad.
- Si la información que figura en este formulario no está completa, CIGNA HealthCare se lo devolverá y no lo considerará hasta no recibir la información completa.
- Si la Identificación o fecha de nacimiento del Miembro/Participante se cambia, se deberá completar otro formulario en ese momento.
- Si el Miembro/Participante o el grupo cambiara por otro tipo de cobertura de atención médica provista por CIGNA HealthCare, se deberá completar otro formulario en ese momento.
- Puede cambiar o revocar esta solicitud enviando un pedido por escrito a CIGNA HealthCare, Central HIPAA Unit, a la dirección que aparece a continuación. Puede cambiar o revocar el formulario llamando al Departamento de servicios a los miembros de CIGNA HealthCare al número que figura en su tarjeta de identificación de CIGNA HealthCare.
- La provisión de tratamiento, inscripción en el pago o requisitos para los beneficios no depende de si usted firma o no esta autorización.

He leído y comprendo la información anteriormente mencionada:

Mi firma autoriza la divulgación de la información que se detalla.

Firma del Miembro/Participante, Representante personal, padre/tutor legal que autoriza la divulgación:

Fecha: _____

La relación si la persona que firma es distinta al Miembro/Participante, cuya información se vaya a usar y divulgar: _____

- Si esta solicitud la realiza un Representante personal, solicitaremos la verificación de la autoridad de dicho Representante personal antes de considerar esta solicitud completa.
- Si la solicitud la realiza el padre/tutor, por favor complete lo siguiente: El Miembro/Participante es menor de _____ años. Si usted realiza esta solicitud en nombre de un niño menor, podremos solicitar información adicional antes de considerarla completa.

Le recomendamos que guarde una copia de su formulario completo para sus registros. CIGNA HealthCare conservará una copia y la pondrá a su disposición si así lo solicita.

“CIGNA”, “CIGNA HealthCare” y el logo “Tree of Life” son marcas de servicio registradas de CIGNA Intellectual Property, Inc., cuya licencia de uso poseen CIGNA Corporation y sus subsidiarias operativas. Todos los productos y servicios son brindados exclusivamente por dichas subsidiarias operativas y no por CIGNA Corporation. Dichas subsidiarias operativas incluyen a Connecticut General Life Insurance Company, Tel-Drug, Inc., y sus afiliadas, CIGNA Behavioral Health, Inc., Intracorp, y compañías de HMO o de servicios subsidiarias de CIGNA Health Corporation y CIGNA Dental Health, Inc. En Arizona, los planes de HMO son ofrecidos por CIGNA HealthCare of Arizona, Inc. En California, los planes de HMO son ofrecidos por CIGNA HealthCare of California, Inc. y Great-West Healthcare of California, Inc. En Connecticut, los planes de HMO son ofrecidos por CIGNA HealthCare of Connecticut. En Virginia, los planes de HMO son ofrecidos por CIGNA HealthCare Mid-Atlantic, Inc. En North Carolina, los planes de HMO son ofrecidos por CIGNA HealthCare of North Carolina, Inc. Todos los demás planes médicos en estos estados están asegurados o son administrados por Connecticut General Life Insurance Company.

PARA DEVOLVER SU FORMULARIO UNA VEZ COMPLETADO

Envíelo por fax o correo a: _____

0

Envíelo a: CIGNA HealthCare Central HIPAA Unit, PO Box 5400, Scranton, PA 18505