



Solicitud de restricción del uso y divulgación de la información privada sobre la salud

ESTE FORMULARIO ME PERMITIRÁ, COMO MIEMBRO/PARTICIPANTE DE CIGNA HEALTHCARE*, SOLICITAR EL USO Y DIVULGACIÓN RESTRINGIDA DE MI INFORMACIÓN PRIVADA SOBRE LA SALUD (PHI, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS). ENTIENDO QUE CIGNA HEALTHCARE CONSIDERARÁ A TODAS LAS SOLICITUDES DE RESTRICCIÓN DE USO CON SUMO CUIDADO, NO OBSTANTE CIGNA HEALTHCARE NO TIENE POR QUÉ ESTAR DE ACUERDO CON UNA SOLICITUD DE RESTRICCIÓN.

Nota: Si se acepta su solicitud de restricción, afectará sólo a la comunicación escrita y oral de CIGNA HealthCare. Si usted también desea que su empleador, plan de salud colectivo, médico o cualquier persona externa de CIGNA HealthCare haga este cambio, debe obtener su convenio de manera separada.

VERIFICACIÓN – (Por favor, escriba en letra de molde)

Identificación del Miembro/Participante: (Se necesita verificar la siguiente información. Por favor complete todos los puntos que correspondan.)

Nombre del Miembro/Participante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nº de teléfono donde podamos ubicarle, si necesitaríamos contactarle para continuar con el procesamiento de su solicitud (obligatorio): _____

Nº de Seguro Social: _____ Nº de la tarjeta de identificación del Miembro/Participante

(si corresponde): _____

Nº de cuenta o del grupo que figura en la tarjeta de identificación: _____

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

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

Nº de Seguro Social del Suscriptor (si es diferente al del Miembro/Participante): _____

Si usted tiene cobertura adicional con CIGNA distinta a la que se describió más arriba, por favor, complete también la siguiente información:

Nombre del otro empleador: _____

Nº de tarjeta de identificación del miembro/participante: _____ Nº de cuenta o del grupo que figura en la tarjeta de identificación: _____

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

CIGNA HealthCare no divulgará información confidencial sin su autorización a menos que sea necesario para proveerle beneficios de salud, administrar su plan de beneficios, brindar apoyo a los programas o servicios de CIGNA HealthCare o de otra manera que no sea requerida o permitida por ley. Por ejemplo, no daremos su información confidencial a una agencia de crédito, a una empresa de telemarketing o a un posible empleador. No venderemos, alquilaremos ni daremos licencias de la información confidencial que usted nos provea. Usted no necesita solicitar una restricción si le preocupa este tipo de uso o divulgación.

RESTRICCIONES SOLICITADAS

Por favor, describa su solicitud: _____

Por favor indique debajo si quiere que se apliquen las siguientes restricciones:

Quiero negarles a otros miembros de mi familia el acceso a través de Internet o por teléfono a mi PHI (Información privada sobre la salud). Si usted elige esta opción y no es el Suscriptor, no podrá acceder a su información a través de Internet. Necesitará llamar al número de teléfono que figura en su tarjeta o en la tarjeta de identificación del Suscriptor para obtener la información. (El Suscriptor podrá obtener su propia PHI a través del teléfono o Internet.) Importante: Si usted desea implementar este tipo de restricción, debe completar la sección de preguntas en la página 2.

Por favor complete el formulario en la página siguiente ➔

PREGUNTAS DE VERIFICACIÓN – (Esta sección se aplica únicamente a restricciones de acceso.)

Las respuestas que usted brinde se utilizarán para verificar su identidad cuando llame por su Información privada sobre la salud. Tenga presente que le solicitamos estas preguntas ya que las respuestas deben ser fáciles de recordar, pero si lo desea puede ingresar otros números según lo descrito a continuación.

Últimos 4 dígitos de su tarjeta de crédito favorita (puede usar cualquier número de cuatro dígitos: _____)

¿Cuál es la fecha de nacimiento de su madre?: (responda en el siguiente formato de 8 dígitos: 11231949 para el 23 de noviembre de 1949) _____
_____ Puede usar cualquier fecha siempre que no sea una fecha futura y que sea una fecha legítima del calendario.

Por ejemplo, no podemos aceptar 11361949 (36 de noviembre de 1949), puesto que no hay 36 días en noviembre. Tampoco podemos aceptar 11232010 (23 de noviembre de 2010), puesto que el 2010 es una fecha futura.

- Por favor NO entregue a nadie más las respuestas a estas preguntas.
- Usted debería guardar una copia de este formulario como referencia.

PREFIERO

- No deseo que se comuniquen conmigo por los programas que ofrece CIGNA, sus agentes o subsidiarias según se especifica en este formulario, excepto cuando sea necesario para la administración del plan de beneficios, cuando la ley lo exija, o en respuesta directa a una pregunta o pedido de mi parte.** Importante: Aunque usted opte por esta restricción, CIGNA igualmente va a tener que comunicarse con usted para brindarle información específica sobre su plan de beneficios o en los casos en que la ley se lo exija.
- Renuncia global** – Yo opto por no recibir ningún contacto telefónico ni escrito de los programas médicos, dentales, de visión, de farmacia ni de salud conductual de CIGNA HealthCare, excepto cuando sea requerido para la administración del plan de beneficios o cuando la ley lo exija.
 - Correo electrónico** – Yo opto por no recibir correspondencia por correo electrónico.
 - Encuestas** – Yo opto por no recibir encuestas por ninguna razón, excepto cuando sea requerido para la administración del plan de beneficios, cuando la ley lo exija, o en respuesta directa a una pregunta o pedido de mi parte.
 - Material escrito** – Yo opto por no recibir material escrito, incluyendo material educativo, folletos y boletines, excepto cuando sea requerido para la administración del plan de beneficios, cuando la ley lo exija, o en respuesta directa a una pregunta o pedido de mi parte.
 - Cartas y correspondencia** – Yo opto por no recibir cartas ni correspondencia, excepto cuando sea requerido para la administración del plan de beneficios, cuando la ley lo exija, o en respuesta directa a una pregunta o pedido de mi parte. Esto incluye los recordatorios de salud preventiva de rutina.
 - Llamados telefónicos** – Yo opto por no recibir llamados telefónicos, excepto cuando sea requerido para la administración del plan de beneficios, cuando la ley lo exija, o en respuesta directa a una pregunta o pedido de mi parte.

POR FAVOR TENGA EN CUENTA

- Si usted no es el Suscriptor, cualquier pago mediante cheque por servicios que usted reciba que no sean enviados al proveedor de servicios de salud serán enviados al Suscriptor. Por lo tanto, el Suscriptor puede recibir un cheque que le genere preguntas para hacerle a usted sobre los servicios prestados.
- Si el Suscriptor está asociado a una Cuenta de gasto flexible (FSA, por sus siglas en inglés), o a un Acuerdo de reembolso de gastos de salud (HRA, por sus siglas en inglés) o una Cuenta de ahorros para la salud (HSA, por sus siglas en inglés), el/ella recibirá una Explicación de beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) por cualquier reclamo enviado para reembolso. En muchos casos, los reclamos presentados para el pago por parte del plan de beneficios de salud del Suscriptor serán automáticamente presentados a su FSA o HSA para reembolso.
- Las comunicaciones, incluso las que contengan PHI, continuarán siendo enviadas a la dirección que actualmente tenemos en su expediente.
- Si la información que figura en este formulario no está completa, CIGNA HealthCare se lo devolverá y no considerará su pedido de restricción 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.
- Usted puede modificar o revocar esta restricción mediante el envío de una solicitud por escrito a la Central HIPAA Unit (Oficina encargada del cumplimiento de la Ley sobre seguridad y transferibilidad de seguros médicos) de CIGNA HealthCare a la dirección que figura en la página 3. Usted puede obtener un formulario de Cambio/Revocación llamando a Servicios a los Miembros de CIGNA HealthCare al número que figura en su tarjeta de identificación de CIGNA HealthCare o en nuestro sitio Web público en www.cigna.com/privacy/privacy_healthcare_forms.html.

Por favor complete el formulario en la página siguiente ➔

FIRMA

He leído y comprendo la información arriba mencionada:

Fecha: _____

Firma del Miembro/Participante, Padre/Tutor, Representante personal: _____

Relación/parentesco si es firmado por otra persona que no sea el Miembro/Participante: _____

Nota: Si no ha sido previamente suministrada, solicitaremos verificar la autorización del Representante personal antes de considerar que esta solicitud está completa.

Si la solicitud la realiza el Padre/Tutor, por favor complete lo siguiente: El Miembro/Participante es menor de ____ años.

Si usted es un padre o tutor que solicita la restricción respecto de un menor para evitar que el otro padre legal del menor tenga acceso a la información privada sobre la salud del niño, usted debe:

1. proporcionar pruebas de que los derechos del otro padre se han revocado, u
2. obtener el acuerdo del otro padre a esta restricción. Si usted obtiene el acuerdo del otro padre a esta restricción, por favor, pídale al otro padre que firme y certifique ante un notario este formulario, o envíe una declaración firmada por ambos padres y certificada ante un notario indicando que han acordado solicitar una restricción respecto de la información privada sobre la salud de su hijo.

Por favor, devuelva este formulario completo a:

CIGNA HEALTHCARE • CENTRAL HIPAA UNIT • PO Box 5400 • Scranton, PA 18505

*"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.