



Por el presente autorizo a Cigna Global Health Benefits (CGHB), sus subsidiarias, afiliadas y agentes a divulgar la información sobre la salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) que se especifica a continuación, a las personas físicas o jurídicas designadas en este formulario. Tenga en cuenta que: Este formulario no es necesario para todas las divulgaciones de su PHI, como en los siguientes casos: los padres de hijos menores u otros dependientes, los representantes personales registrados o su cónyuge si ambos están cubiertos por un plan de CGHB, si completan satisfactoriamente un proceso de verificación de la identidad cuando llamen.

Identificación del cliente: La siguiente información se necesita para verificar la identidad.

Cliente cuya información se divulgará	Fecha de nacimiento	N.º de tarjeta de identificación del cliente
Nombre del suscriptor (si difiere del cliente)	Fecha de nacimiento	Relación con el cliente
Empleador del suscriptor		N.º de tarjeta de identificación del suscriptor

Persona(s) física(s) o jurídica(s) autorizada(s) a recibir información:

Finalidad de esta divulgación de información:

Descripción de la información que se divulgará:

Reclamos Registros médicos Otra: _____

Reclamos Registros médicos

A menos que se indique lo contrario, mi autorización incluye la divulgación de lo siguiente: (Tache lo que desee excluir, si corresponde):

Diagnóstico y/o tratamiento de alcoholismo y/o abuso o dependencia de las drogas

Diagnóstico y/o tratamiento de enfermedades mentales

Resultados de análisis de anticuerpos contra el VIH y/o diagnóstico y tratamiento del SIDA

Información de pruebas genéticas

Residentes de Arizona y Oklahoma: La información cuya divulgación se autoriza puede incluir registros relacionados con una enfermedad contagiosa o venérea, entre las cuales se incluyen, a modo de ejemplo, enfermedades como la hepatitis, sífilis, gonorrea y VIH/SIDA. Es posible que pueda contar con protecciones adicionales en virtud del artículo 36-664 del Compendio de Leyes Revisado de Arizona (si es residente de Arizona) o del artículo 1-502.2 del Compendio de Leyes de Oklahoma (si es residente de Oklahoma) si se divulga este tipo de información.

Para residentes de Virginia: Con sus registros de salud originales deberá incluirse una copia de esta autorización y una nota que especifique las personas o entidades a las que se haya divulgado la información.

Complete la página siguiente

¿Es usted residente de Arizona, California, Georgia, Illinois, Massachusetts, Montana, Minnesota o Virginia? **Sí** **No**

Esta autorización vence: (fecha o acontecimiento)

(Nota: Para los residentes de los siguientes estados: Si vive en **Arizona, California, Georgia, Illinois, Massachusetts, Montana o Minnesota**, su autorización tendrá una validez de un año como máximo. Las autorizaciones firmadas por residentes de **Virginia** serán válidas por un máximo de dos años. Los clientes que vivan en esos estados y quieran autorizar la divulgación de su información personal por un período más largo tendrán que enviar una nueva autorización en el momento en que venza esta autorización).

Tenga en cuenta que

- La información divulgada en virtud de esta autorización puede ser divulgada nuevamente por el destinatario, y es posible que deje de estar protegida por las reglamentaciones sobre privacidad federales.
- Si la información suministrada en este formulario no está completa, CGHB le devolverá el formulario, y esta solicitud no será tomada en cuenta hasta tanto CGHB reciba la información completa.
- Si se modifica su identificación de cliente o la fecha de nacimiento, será necesario que complete otro formulario en ese momento.
- Si el cliente o grupo se cambia a un tipo de cobertura de beneficios de cuidado de la salud diferente brindada por CGHB, será necesario que complete otro formulario en ese momento.
- Podrá modificar o revocar esta solicitud enviando una solicitud por escrito a CGHB, a la dirección que figura a continuación.
- La prestación de tratamiento, el pago, la inscripción o los requisitos que se deben cumplir para recibir beneficios no dependen de que usted firme esta autorización.

He leído y comprendo la información incluida más arriba. Mi firma autoriza la divulgación de la información descrita.

**Firma del cliente autorizante, representante personal,
padre/tutor que autoriza la divulgación:**

Fecha:

Relación si la persona que firma no es el cliente cuya información se usará o divulgará:

- Si esta solicitud es realizada por un representante personal, le pediremos un comprobante para verificar la competencia de ese representante personal antes de que esta solicitud se considere completa.
- Si la solicitud es realizada por un padre/tutor, complete lo siguiente: El cliente es un menor de _____ años de edad. Si está realizando esta solicitud en nombre de un menor de edad, es posible que le pidamos información adicional antes de que esta solicitud se considere completa.

Le recomendamos que conserve una copia del formulario completado para sus archivos. CGHB conservará una copia y la pondrá a su disposición cuando lo solicite.

Envíe su formulario completado:

**Correo postal o fax: Cigna Global Health Benefits
300 Bellevue Parkway
Wilmington, Delaware 19809
Fax: +1.302.797.3150 o 1.800.243.6998**



“Cigna” se refiere a Cigna Corporation y/o sus subsidiarias y afiliadas. Cigna Global Health Benefits se refiere a estas subsidiarias y afiliadas. Los productos y servicios son brindados por estas subsidiarias, afiliadas y otras compañías contratadas, y no por Cigna Corporation. “Cigna” es una marca de servicio registrada.