

Solicitud de representante personal en virtud de la HIPAA de Cigna Global Health BenefitsSM



Este formulario me permitirá, como miembro/participante de Cigna Global Health Benefits, designar a otra persona como mi representante personal.

Cuando se haya verificado que una persona es competente, en virtud de una ley estatal y/u otra ley aplicable, para actuar como representante personal de un miembro/participante de Cigna Global Health Benefits, Cigna Global Health Benefits tratará a esa persona como el miembro/participante con respecto a la divulgación de PHI y los derechos de la persona en virtud de la Norma de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés). Cigna Global Health Benefits solo tratará al representante personal como el miembro/participante en la medida de su competencia, según lo que se describe a continuación. Cuando finalice la competencia del representante personal, el miembro/participante deberá ponerse en contacto con la Oficina de Privacidad por escrito.

Identificación del miembro/participante que solicita un representante personal. La siguiente información se necesita para asegurarnos de divulgar su información al representante personal.

Nombre del miembro/participante que solicita un representante personal Fecha de nacimiento N.º de miembro

Nombre del suscriptor (si difiere del miembro) Relación con el miembro

Nombre del empleador del suscriptor Número de miembro del suscriptor

Identificación del representante personal: La siguiente información se necesita para asegurarnos de divulgar su información al representante personal que usted designó.

Nombre del representante personal

Fecha de nacimiento *(se usa con fines de verificación en consultas telefónicas)* N.º del Seguro Social *(se usa con fines de verificación en consultas telefónicas)*

Dirección Relación con el miembro

Dirección donde deben enviarse las comunicaciones sobre este miembro/participante:

Preguntas de verificación que el representante personal debe responder para acceder a información sobre la salud que pueda identificar individualmente al miembro/participante:

Contraseña

Descripción de la naturaleza de la representación y límites a la representación (adjunte documentación de respaldo, como órdenes judiciales, poder legal de cuidado de la salud, etc.):

Al firmar este formulario, autorizo a Cigna Global Health Benefits a divulgar la información de conformidad con los términos establecidos en este documento. Entiendo que si se entrega un formulario incompleto a Cigna Global Health Benefits, se me devolverá para que lo complete, y no se hará efectiva la divulgación de información a un representante personal hasta que complete toda la información necesaria y Cigna Global Health Benefits la reciba y la procese.

Entiendo que si yo, como miembro/participante, o mi suscriptor colectivo, cambiamos la cobertura de beneficios de cuidado de la salud o cambiamos de empleador, tendré que volver a enviar esta solicitud. Entiendo que si anteriormente envié una Solicitud de comunicaciones confidenciales en virtud de la Norma de Privacidad de la HIPAA, mi solicitud de representante personal prevalecerá sobre la solicitud anterior. La solicitud recibida y procesada más recientemente se utilizará para todas las comunicaciones. Entiendo que Cigna Global Health Benefits revisará esta solicitud y podrá rechazarla, y yo recibiré una notificación de aprobación o denegación de esta solicitud. En caso de denegación, la notificación se me enviará a mí, como miembro/participante, y no al representante personal designado.

"Cigna" es una marca de servicio registrada, y el logo "Tree of Life", "GO YOU" y "Cigna Global Health Benefits" son marcas de servicio, de Cigna Intellectual Property, Inc., cuya licencia de uso poseen Cigna Corporation y sus subsidiarias operativas. Todos los productos y servicios son brindados por dichas subsidiarias operativas, o a través de ellas, que incluyen a Connecticut General Life Insurance Company y Cigna Health and Life Insurance Company, y no por Cigna Corporation.

Entiendo que puedo revocar esta autorización enviando una solicitud por escrito a tal efecto a la siguiente dirección:

Privacy Office
Cigna Global Health Benefits
300 Bellevue Parkway
Wilmington, Delaware 19809

He leído y comprendo la información incluida más arriba:

Fecha: _____ Firma del miembro/participante autorizante: _____

Si el paciente no puede prestar su consentimiento debido a una afección física o a su edad, complete lo siguiente: El paciente es un menor de _____ años de edad o no puede prestar su consentimiento, porque: _____

Firma del padre/tutor/apoderado: _____ Relación: _____

Para resguardar su privacidad y asegurarnos de que ninguna otra persona que no sea la persona que usted designó reciba la información sobre la salud que pueda identificarle individualmente, esta solicitud debe estar certificada. (Muchas veces, los servicios de certificación son ofrecidos sin cargo por el banco donde usted tenga una cuenta).

Nota: La firma del notario público es un requisito solamente para los miembros/participantes que estén en los Estados Unidos.

Fecha: _____ Firma del notario público: _____

Nombre del notario público en letra de molde: _____ Vencimiento de mi habilitación: _____

Sello del notario público: