

Solicitud de restricción de uso y divulgación en virtud de la HIPAA de Cigna Global Health BenefitsSM



Este formulario me permitirá, como miembro/participante de Cigna Global Health Benefits, solicitar una restricción sobre la divulgación de mi información sobre la salud protegida confidencial para fines relacionados con tratamiento, pago y operaciones de cuidado de la salud.

Entiendo que, al completar y firmar este formulario, solicito a Cigna Global Health Benefits que restrinja la divulgación de mi información sobre la salud que pueda identificarme individualmente (IIHI, por sus siglas en inglés) según se describe a continuación. Entiendo que Cigna Global Health Benefits analizará cuidadosamente todas las solicitudes de restricciones; no obstante, Cigna Global Health Benefits no está obligada a aceptar una restricción solicitada, pero cumplirá con las solicitudes razonables siempre que sea posible.

Identificación del miembro/participante que solicita una restricción. La siguiente información se necesita para verificar la identidad.

Nombre del miembro/participante que solicita una restricción	Fecha de nacimiento	N.º de miembro
Nombre del suscriptor (si difiere del miembro)		Relación del suscriptor con el miembro
Nombre del empleador del suscriptor		Número de miembro del suscriptor

Restricción solicitada:

Solicito que se restrinjan los contactos para que participe en programas de control de enfermedades.

Solicito restringir el acceso telefónico y por Internet a mi información sobre la salud que pueda identificarme individualmente (IIHI, por sus siglas en inglés) solamente a mí. (Esto haría que el suscriptor de beneficios, si no soy yo, tenga restringido el acceso telefónico/por Internet a mi PHI).

Otra: (Describa en detalle)

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 mi solicitud de restricción no se implementará hasta que se reciba y se procese toda la información completa.

También 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 representante personal en virtud de la Norma de Privacidad de la HIPAA, esta solicitud de restricción actual permanecerá en vigor y la información se seguirá enviando a mi representante personal, a menos que yo indique a continuación que deseo rescindir o revocar mi Solicitud de representante personal.

Deseo revocar mi Solicitud de representante personal enviada anteriormente.

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: _____

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

"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.