

# AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD PROTEGIDA

Por el presente autorizo a The Cigna Group® y sus agentes o subsidiarias 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, a menos que las leyes estatales lo exijan en forma independiente. Por ejemplo, este formulario en general no es necesario para divulgar información a:

- los padres de hijos menores u otros dependientes
- el Representante personal registrado en Cigna Healthcare

Divulgaremos determinada PHI acerca de usted a estas personas en caso de que lo soliciten, si completan satisfactoriamente un proceso de verificación de la identidad cuando llamen. Escriba sus respuestas con letra de molde en este formulario. **Se deben completar todas las secciones para que esta autorización sea válida. Todos los campos marcados con \* son obligatorios.**

Tenga en cuenta que es posible que se apliquen requisitos adicionales para los residentes de ciertos estados. Residentes de **California, Arizona y Oklahoma:** A continuación encontrarán algunas disposiciones y requisitos que son específicos para su estado.

**Servicios delicados de California** (por ejemplo, CA) (\* Marque el casillero si corresponde):

- Al marcar este casillero, y firmar y fechar este formulario, autorizo a Cigna Healthcare®, sus agentes y/o subsidiarias a divulgar información relacionada con mi tratamiento para servicios delicados, que pueden incluir, a modo de ejemplo, servicios relacionados con la salud mental o del comportamiento, salud sexual y reproductiva, infecciones de transmisión sexual, trastornos de consumo de sustancias, atención para la afirmación de género y violencia de la pareja íntima, a otros miembros de mi plan, incluido, a modo de ejemplo, el suscriptor.

Si elige esta opción, complete también las secciones 1 y 6 de este formulario. *No volveremos a imponer la restricción a menos que usted nos lo indique.*



Complete el formulario en la página siguiente Página 1 de 6

## 1. Verificación

**Identificación del Cliente:** *(La siguiente información se necesita para verificar la identidad).*

\* Nombre del Cliente cuya información se divulgará: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\* Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

\* Dirección del Cliente: \_\_\_\_\_

\* Dirección de correo electrónico del Cliente: \_\_\_\_\_

Número de teléfono en el que podemos encontrarle si necesitamos comunicarnos con usted para procesar su solicitud (obligatorio):

\_\_\_\_\_

Número del Seguro Social (opcional): \_\_\_\_\_

\* N.º de tarjeta de ID del Cliente (si corresponde): \_\_\_\_\_

N.º de grupo o cuenta que aparece en la tarjeta de ID: \_\_\_\_\_

Nombre del Suscriptor (si difiere del Cliente): \_\_\_\_\_

Empleador del Suscriptor: \_\_\_\_\_

Relación del Suscriptor con el Cliente: \_\_\_\_\_

N.º del Seguro Social del Suscriptor (si difiere del Cliente) (opcional):

\_\_\_\_\_

Si tiene una cobertura adicional con Cigna Healthcare, además de la descrita arriba, proporcione también la siguiente información:

Nombre del otro Empleador: \_\_\_\_\_

N.º de tarjeta de ID del Cliente: \_\_\_\_\_

N.º de grupo o cuenta que aparece en la tarjeta de ID: \_\_\_\_\_

¿Esta solicitud se aplica a toda la cobertura?  Sí  No

## \*2. Descripción de la información que se divulgará

Especifique qué información desea divulgar marcando uno o más casilleros a continuación. Si desea otorgar acceso limitado (es decir, fechas de servicio específicas, cuestiones específicas relacionadas con la administración de casos, etc.), especifíquelo en el espacio provisto después de la opción "Otra". Si no se otorga acceso limitado, se incluirán en la solicitud todos los registros de la categoría marcada.

- Reclamos**
- Elegibilidad/beneficios**
- Registros médicos**
- Administración de Casos**
- Todos los registros sobre la salud (incluye todos los anteriores)**
- Otra:** \_\_\_\_\_

A menos que se indique lo contrario, mi autorización incluye la divulgación de lo siguiente: *(Si corresponde, seleccione lo que desee excluir).*

- 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:** 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, 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 se divulga este tipo de información.

**Residentes de 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, hepatitis, sífilis, gonorrea y VIH/SIDA. Es posible que pueda contar con protecciones adicionales en virtud del artículo 1-502.2 del Compendio de Leyes de Oklahoma si se divulga este tipo de información.

**Residentes de California:** De conformidad con el artículo 56.107 del Código Civil de California y el artículo 791.29 del Código de Seguros de California, según corresponda, la información cuya divulgación se autoriza puede incluir información relacionada con el tratamiento para servicios delicados, que pueden incluir, a modo de ejemplo, servicios relacionados con la salud mental o del comportamiento, salud sexual y reproductiva, infecciones de transmisión sexual, trastornos de consumo de sustancias, atención para la afirmación de género y violencia de la pareja íntima.

### 3. Persona física o jurídica autorizada a recibir información

\* Nombre: \_\_\_\_\_

\* Compañía (si corresponde): \_\_\_\_\_

\* Dirección de la persona física o jurídica autorizada a recibir la información: \_\_\_\_\_

**Residentes de Virginia:** Con sus registros sobre la 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.

### \* 4. Finalidad de esta Autorización de divulgación de información

A pedido del titular

Otra (describa): \_\_\_\_\_

Si no se especifica la fecha de vencimiento en este formulario, su autorización vencerá al cabo de un año y será necesario enviar una nueva autorización en ese momento.

### 5. Vencimiento de esta autorización

\* Esta autorización vence: \_\_\_\_\_ (fecha o acontecimiento).

Si indica un acontecimiento en lugar de una fecha específica, será necesario que envíe un formulario de revocación cuando ocurra el acontecimiento.

Nota para clientes en 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** tendrán una validez de dos años como máximo. 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.

**Residentes de California:** La autorización que le permita a Cigna Healthcare divulgar un tratamiento relacionado con servicios delicados a otros miembros del plan, incluido el suscriptor del plan, no vencerá automáticamente en un año. No volveremos a imponer la restricción a menos que usted nos lo indique.

## **Tenga en cuenta lo siguiente**

- Es posible que la información divulgada en virtud de esta autorización sea divulgada nuevamente por el receptor y deje de estar protegida por las reglamentaciones sobre privacidad federales.
- Si la información proporcionada en este formulario no está completa, Cigna Healthcare le devolverá el formulario, y esta solicitud no será tomada en cuenta hasta tanto Cigna Healthcare reciba información completa.
- Si se modifica su ID 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 Cigna Healthcare, será necesario que complete otro formulario en ese momento.
- Podrá modificar o revocar esta solicitud enviando una solicitud por escrito a Cigna Healthcare, Central HIPAA Unit, a la dirección que se indica a continuación.
- La prestación de tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad 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.**

**\* 6. Firma del Cliente, Representante personal, padre/tutor que autoriza la divulgación:**

Fecha: \_\_\_\_\_

**Relación si la persona que firma no es el Cliente cuya información se usará y divulgará:** \_\_\_\_\_

- Si esta solicitud es realizada por un Representante personal, pediremos un comprobante para verificar la competencia de ese Representante personal antes de que esta solicitud se considere completa.
- Si esta 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 pidamos información adicional antes de que esta solicitud se considere completa.

**Residentes de California:** En algunos casos, las leyes de California le prohíben a Cigna Healthcare divulgar información relacionada con el tratamiento para determinados servicios cuando la persona que recibe el tratamiento tiene la edad establecida por ley para prestar consentimiento para recibir dichos servicios, a menos que la persona haya autorizado dicha divulgación. Por consiguiente, debido a esta restricción, es posible que se nos prohíba divulgar información a los suscriptores relacionada con el tratamiento recibido por los dependientes. En los casos en que se aplique la ley, este formulario de autorización podrá ser firmado únicamente por la persona que reciba el tratamiento, a menos que esa persona sea legalmente incompetente por un motivo que no sea la edad. En otras palabras, ni los suscriptores ni otros representantes legales podrán firmar este formulario en nombre de menores para obtener información relacionada con determinados servicios.

**Le recomendamos que conserve una copia del formulario completado para sus registros. Cigna Healthcare conservará una copia y la pondrá a su disposición cuando lo solicite.**

**Envíe este formulario completado:**

**Por fax al:** 877.815.4827 o al 859.410.2419

o

**Por correo a:** Cigna Healthcare Central HIPAA Unit,  
PO Box 188014,  
Chattanooga, TN 37422.



Todos los productos y servicios de Cigna Healthcare se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de The Cigna Group.

589991SP n 06/24 ©2024 Cigna Healthcare. Parte del contenido se suministra bajo licencia.