

# SOLICITUD DE COMUNICACIONES CONFIDENCIALES Y SOLICITUD DE RESTRICCIONES

Este formulario me permitirá, como Cliente de Cigna Healthcare<sup>SM</sup>, incluida Behavioral Health, solicitar recibir comunicaciones de Información sobre la salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) sobre mí por medios alternativos o en lugares alternativos, y solicitar una restricción sobre el uso y la divulgación de mi PHI. **Todos los campos marcados con \* son obligatorios.**

## \* 1. Verificación (utilice letra de molde)

**Identificación del Cliente:** (La siguiente información se necesita para verificar la identidad. Complete todos los datos que correspondan).

\* Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_ \* Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

\* Dirección registrada (obligatoria): \_\_\_\_\_

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

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

Últimos 4 dígitos del n.º del Seguro Social (opcional): \_\_\_\_\_

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

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

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

Si tiene una cobertura adicional con Cigna Healthcare, además de la descrita arriba, complete 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: \_\_\_\_\_

## 2. Solicitud de comunicaciones confidenciales

**Solicito recibir las comunicaciones de mi PHI enviadas por Cigna Healthcare:**

Por medios alternativos o en un lugar alternativo (describa y proporcione la dirección): \_\_\_\_\_

## \* 3. Solicitud de restricciones (complete solamente si necesita una restricción)

Describa su solicitud: \_\_\_\_\_

Indique a continuación si desea que se aplique la siguiente restricción de acceso:

Deseo denegar el acceso a mi PHI por teléfono e Internet a los otros miembros de la familia cubiertos en virtud de mi póliza. Si usted elige esta opción y no es el Suscriptor, no podrá acceder a su información por Internet. Deberá llamar al número que aparece en su tarjeta de ID o en la tarjeta de ID del Suscriptor para obtener información por teléfono. (El Suscriptor sí podrá obtener su propia PHI por teléfono y por Internet). Importante: Si desea implementar este tipo de restricción, debe completar la sección de las preguntas de verificación en la página 2.

No quiero que Cigna Healthcare comparta información sobre los servicios que recibo de un profesional o centro de cuidado de la salud (HCP/HCF, por sus siglas en inglés) con otro HCP o HCF a los fines de participar en un convenio de Cigna Collaborative Care. Para obtener información sobre la atención colaborativa, puede comunicarse con Servicio al Cliente de Cigna Healthcare.

## Preguntas de verificación. (Esta sección se aplica únicamente a las solicitudes de restricciones de acceso).

Las respuestas que brinde a continuación serán usadas para verificar su identidad si llama para acceder a su información sobre la salud protegida. Tenga en cuenta que hacemos estas preguntas porque debería resultarle fácil recordar las respuestas, pero puede ingresar otros números según se explica a continuación.

PIN de 4 dígitos (puede usar cualquier número de cuatro dígitos): \_\_\_\_\_

¿Cuál es la fecha de nacimiento de su mamá? (Responda en el siguiente formato de 8 dígitos: 11231949 para el 23 de noviembre de 1949). \_\_\_\_\_ Puede usar cualquier fecha; no obstante, no puede ser una fecha futura y debe ser una fecha calendario legítima.

Por ejemplo, no podemos aceptar 11361949 (36 de noviembre de 1949) porque noviembre no tiene 36 días. Tampoco podemos aceptar 11232030 (23 de noviembre de 2030) porque 2030 es una fecha futura.

- NO le proporcione a ninguna otra persona las respuestas a estas preguntas.
- Conserve una copia de este formulario para poder consultarlo si lo necesita.

## Tenga en cuenta lo siguiente

- Si usted no es el Suscriptor, cualquier pago con cheque por los servicios que reciba que no se envíe al proveedor de servicios de salud se enviará al Suscriptor. Por lo tanto, es posible que el Suscriptor reciba un cheque que puede contener preguntas dirigidas a usted sobre los servicios prestados.
- Las comunicaciones que contengan su PHI se enviarán a la dirección indicada en este formulario.
- Si la información proporcionada en este formulario no está completa, Cigna Healthcare le devolverá el formulario, y es posible que esta solicitud no sea tenida en cuenta hasta tanto Cigna Healthcare reciba información completa.
- 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 aparece al final de este formulario. Si desea cambiar o revocar esta solicitud, debe proporcionar la dirección actualizada que desea usar de aquí en adelante.

## \* 4. Firma

He leído y comprendo la información incluida más arriba: (Nombre en letra de molde) \_\_\_\_\_

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

Firma del Cliente, padre/tutor, Representante personal si está disponible: \_\_\_\_\_

Relación si quien firmó no es el Cliente: \_\_\_\_\_

**Tenga en cuenta que, si todavía no fue proporcionado, pediremos un comprobante para verificar la competencia del Representante personal antes de que esta solicitud se considere completa, incluida una copia del poder notarial para el cuidado de la salud u otro documento relevante.**

Si el Cliente no puede prestar su consentimiento debido a su edad, 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.

## 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.

589989SP m 06/24 ©2024 Cigna Healthcare. Parte del contenido se suministra bajo licencia.