



CIGNA HealthCare of Arizona

CIGNA Medical Group

Request for Representative

THIS FORM WILL ALLOW ME, AS A CIGNA MEDICAL GROUP PATIENT, TO DESIGNATE ANOTHER PERSON AS MY REPRESENTATIVE.

I understand that by completing and signing this form, I authorize CIGNA Medical Group to treat my Representative as myself for the following interactions. The representative is allowed access to my Protected Health Information (PHI) and to communicate with my provider/s, but is **not** allowed to make healthcare decisions nor execute any other HIPAA member rights on my behalf.

VERIFICATION

Identification of Patient: The following information is needed for verification. Please complete *all* applicable items.

Name of Patient: _____ Date of Birth: _____

Social Security Number: _____ Member ID card number: _____

Subscriber Name (If different from Patient): _____

REPRESENTATIVE INFORMATION

PLEASE ASK YOUR REPRESENTATIVE TO FILL OUT THE SECTION BELOW.

Identification of Representative: The following information is needed to make sure we are releasing the information to the authorized Representative.

Name of Representative: _____

Date of Birth of Representative: (answer in the following 8-digit format: 11231949 for November 23, 1949) _____

VERIFICATION QUESTIONS FOR PERSONAL REPRESENTATIVE

In this section "you" and "your" refer to the Representative.

To verify your identity as personal representative, you will be asked to identify the patient you are representing, the patient's identification number and the patient's date of birth, as well as your own date of birth.

SIGNATURE AND NOTARIZATION

To safeguard your privacy and verify your identity, your signature **must** be witnessed by a CMG staff person or notarized. (Notary services can often be provided free at a bank where you have an account).

I have read and understand the above information.

I understand that I may end or change this request by requesting a Change/Revocation Form from the receptionist at any CIGNA HealthCare Center.

Signature of Patient or Legal Representative: _____ Date: _____

Date: _____ Notary/Witness Signature: _____

Notary Public Printed: _____

My Commission expires on: _____

FOR OFFICE USE ONLY

Notes entered into Cadence on (date): _____ **By (name):** _____

Center: _____



CIGNA Medical Group

Solicitud de un Representante

ESTE FORMULARIO ME PERMITIRÁ, COMO PACIENTE DEL GRUPO MÉDICO DE CIGNA, ELEGIR A OTRA PERSONA PARA QUE SEA MI REPRESENTANTE.

Comprendo que al completar y firmar este formulario, autorizo al Grupo médico de CIGNA a tratar a mi Representante como si se tratara de mí para las siguientes interacciones. El representante tiene permitido el acceso a mi Información protegida sobre la salud (PHI, por sus siglas en inglés) y la comunicación con mis proveedores, pero **no** tiene permitido tomar decisiones de atención médica o ejecutar cualquier otro derecho de los miembros HIPAA en mi nombre.

VERIFICACIÓN

Identificación del Paciente: Se necesita verificar la siguiente información. Por favor completar todos los puntos que correspondan.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de Seguro social: _____ Número de Identificación del miembro: _____

Nombre del Suscriptor (*si es diferente al del Paciente*): _____

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE

Por favor pídale a su Representante que llene la sección siguiente.

Identificación del Representante: Se necesita la siguiente información para asegurarnos de que estamos entregando la información al Representante autorizado.

Nombre del Representante: _____

Fecha de nacimiento del Representante: (*responder en el siguiente formato de 8-dígitos: 11231949 para 23 de Noviembre de 1949*) _____

PREGUNTAS VERICANTES DEL REPRESENTANTE PERSONAL

En esta sección "Usted" y "Su" se refieren al Representante.

Para verificar su identidad como representante personal se le pedirá que identifique al paciente que representa, el número de identificación del paciente y la fecha de nacimiento del paciente, así como también su propia fecha de nacimiento.

FIRMA Y CERTIFICACIÓN

Para salvaguardar su privacidad y verificar su identidad, su firma debe ser realizada ante una persona del personal del Grupo médico de CIGNA (CMG, por sus siglas en inglés), que actúe como testigo o certificada por un notario. (*Los servicios de certificaciones (notarios) se brindan en forma gratuita en el banco donde usted tiene cuenta.*)

He leído y comprendo la Información anteriormente mencionada:

Comprendo que puedo finalizar o cambiar esta solicitud pidiendo un Formulario de cambio/revocación al recepcionista en cualquier Centro de CIGNA HealthCare.

Firma del Paciente o del Representante legal: _____ Fecha: _____

Fecha: _____ Firma del notario/testigo: _____

Sello del Escribano (notario): _____

Mi Comisión vence el: _____

FOR OFFICE USE ONLY

Notes entered into Cadence on (date): _____ **By (name):** _____

Center: _____