



Solicitud de modificación de Información sobre la salud protegida

ESTE FORMULARIO ME PERMITIRÁ SOLICITAR UNA MODIFICACIÓN DE MI INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD PROTEGIDA (PHI, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) MANTENIDA POR CIGNA HEALTHCARE®*.

VERIFICACIÓN – (Utilice letra de molde)

Identificación del Asociado: (La siguiente información es necesaria para verificar la identidad. Complete todos los datos que correspondan).

Nombre del Asociado: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de teléfono donde podemos encontrarlo si necesitamos comunicarnos con usted para procesar su solicitud (obligatorio): _____

N.º del Seguro Social (Opcional): _____

N.º de grupo o cuenta que figura en la tarjeta de identificación: _____

N.º de tarjeta de identificación del Asociado (si corresponde): _____ Nombre del Suscriptor (si difiere del Asociado): _____

Relación del Suscriptor con el Asociado: _____ Nombre del empleador del Suscriptor: _____

N.º del Seguro Social del Suscriptor (si difiere del Asociado) (Opcional): _____

Si tiene cobertura adicional con CIGNA, además de la descrita precedentemente, complete también la siguiente información:

Nombre del otro empleador: _____

N.º de tarjeta de identificación del Asociado: _____

N.º de grupo o cuenta que figura en la tarjeta de identificación: _____

INFORMACIÓN QUE SOLICITA MODIFICAR

Si CIGNA HealthCare no fue la autora de la información que solicita modificar, deberá comunicarse directamente con el autor de dicha información para modificarla. Por ejemplo, esto podría aplicarse a su diagnóstico, la fecha del servicio o el tratamiento recibido. Si el proveedor acepta modificar su información y notifica a CIGNA HealthCare, cambiaremos la información en nuestros registros. En ese caso, no sería necesario enviar este formulario.

Si CIGNA HealthCare aprueba su solicitud de modificación, la información modificada se usará e incluirá en todas las divulgaciones futuras, incluida la correspondencia. Les suministraremos la modificación a las personas que anteriormente hayan recibido la información si creemos que se basaron o se basarán en esa información en perjuicio suyo. Además, les suministraremos la modificación a las personas físicas o jurídicas que designe a continuación.

Nombres/direcciones de las personas físicas o jurídicas a quienes solicita que se envíe la información modificada, si la solicitud es aprobada:

Describa la Información sobre la salud protegida (PHI) que desea que se modifique: _____

Especifique el cambio/la modificación solicitada: _____

Fecha(s) del servicio asociado con la PHI, si corresponde: _____

Motivo de la modificación solicitada: _____

Complete el formulario en la página siguiente ➔

TENGA EN CUENTA QUE

- Esta modificación de su información protegida **incluye únicamente la información mantenida por CIGNA HealthCare y sus afiliadas**. No incluye información que puedan mantener el empleador/plan de salud colectivo del suscriptor, sus asociados comerciales, u otras aseguradoras del plan de salud colectivo que puedan administrar sus beneficios de atención médica. Comuníquese con su empleador o con dichas entidades para obtener información adicional.
- Si la información suministrada en este formulario no está completa, CIGNA HealthCare le devolverá el formulario, y esta solicitud no será tenida en cuenta hasta tanto CIGNA HealthCare haya recibido información completa.

FIRMA

He leído y comprendo la información incluida más arriba:

Fecha: _____ Firma del Asociado, padre/tutor, Representante personal: _____

Relación si quien firmó no es el Asociado: _____

Tenga en cuenta que, si no lo suministró aún, le pediremos un comprobante para verificar la competencia del Representante personal antes de que esta solicitud se considere completa.

Si el Asociado no puede prestar su consentimiento debido a su edad, complete lo siguiente: El Asociado es un menor de _____ años de edad.

Si está realizando esta solicitud en nombre de un menor de edad, es posible que le pidamos información adicional antes de que esta solicitud se considere completa.

"CIGNA", "CIGNA HealthCare" y el logo "Tree of Life" son marcas de servicio registradas de CIGNA Intellectual Property, Inc., cuya licencia de uso poseen CIGNA Corporation y sus subsidiarias operativas. Todos los productos y servicios son brindados exclusivamente por dichas subsidiarias operativas y no por CIGNA Corporation. Dichas subsidiarias operativas incluyen a Connecticut General Life Insurance Company, CIGNA Health and Life Insurance Company, CIGNA Behavioral Health, Inc., CIGNA Health Management, Inc. y HMO subsidiarias o compañías de servicios subsidiarias de CIGNA Health Corporation y CIGNA Dental Health, Inc.

Envíe este formulario completado a:

CIGNA HEALTHCARE • CENTRAL HIPAA UNIT • PO Box 188014 • Chattanooga TN 37422