



NAME
 PCP
 PCP PHONE
 ID #
 COPAYS

GROUP
 MOD #

OV ER RX
 MED REC #

VIS

Cigna Medical Group (CMG) Request for Restriction on the Disclosure of Protected Health Information

Please complete this form to request a restriction on the disclosure of your protected health information. This request will be reviewed by a CMG Administrator and/or the CMG Privacy Officer. If you are returning this request form to CMG via the mail, it **must** be notarized. You may complete this form and have your signature witnessed at the check-in desk of any healthcare center. Cigna Medical Group will consider all requests for restrictions carefully; however, we are not required to agree to a requested restriction.

PATIENT NAME:		DATE OF BIRTH:		MEMBER ID# (if applicable):	
ADDRESS (Street):		CITY:		STATE:	ZIP CODE:
			TELEPHONE #:		

Please describe your request:

- If we approve a request to deny access to your Protected Health Information to family members, your CMG records will be flagged to restrict CMG staff from communicating with anyone except you regarding matters related to your medical relationship with CMG.
- Communications containing Protected Health Information will continue to be sent to you at the current address we have on file for you.
- If you wish your employer, group health plan or anyone outside the Cigna Medical Group to restrict their use or disclosure of your information, you **must** notify them separately.

Signature of Patient/Representative _____
 Requesting Restriction: _____ Relationship to Patient: _____ Date: _____

Signature of Notary/Witness: _____ Date: _____ Stamp: _____
(If Notarized)

FOR CMG USE ONLY:

APPROVED BY: _____	DATE: _____
DENIED BY: _____	DATE: _____
Notification Letter sent on date: _____	



NAME
 PCP
 PCP PHONE
 ID #
 COPAYS
 OV ER RX
 VIS
 GROUP
 MOD #
 MED REC #

Cigna Medical Group (CMG)

Solicitud de restricción de divulgación de Información sobre la salud protegida

Complete este formulario para solicitar la restricción de la divulgación de su información sobre la salud protegida. Un Administrador de CMG y/o el Funcionario a cargo de la privacidad de CMG analizarán esta solicitud. Si va a enviar este formulario de solicitud por correo a CMG, **debe** estar legalizado. Puede completar este formulario y pedir la autenticación de su firma ante un testigo en cualquier mostrador de admisión de cualquier centro de servicios de salud. Cigna Medical Group analizará cuidadosamente todas las solicitudes de restricciones; no obstante, no estamos obligados a aceptar una restricción solicitada.

NOMBRE DEL PACIENTE:		FECHA DE NACIMIENTO:	N.º DE IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO (si corresponde):		
DIRECCIÓN (Calle):	CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:	N.º DE TEL.:	

Describa su solicitud:

- Si aprobamos una solicitud de denegación de acceso a su Información sobre la salud protegida aplicable a los miembros de la familia, agregaremos una marca en sus registros de CMG para que el personal no se comunique con nadie excepto usted con respecto a cuestiones relacionadas con su relación médica con CMG.
- Le seguiremos enviando las comunicaciones que contengan Información sobre la salud protegida a la dirección que tenemos registrada actualmente.
- Si desea que su empleador, su plan de salud colectivo o cualquier otra persona no perteneciente a Cigna Medical Group restrinjan el uso o la divulgación de su información, *debe* notificarles por separado.

Firma del paciente/representante que solicita la restricción: _____ Relación con el paciente: _____ Fecha: _____

Firma del notario/testigo: _____ Fecha: _____ Sello: _____
 (Si se legaliza)

PARA USO DE CMG ÚNICAMENTE:

APROBADA POR: _____ FECHA: _____

DENEGADA POR: _____ FECHA: _____

Carta de notificación enviada el día: _____