

Solicitud de modificación de información sobre la salud que pueda identificarme individualmente en virtud de la HIPAA de Cigna Global Health BenefitsSM



Este formulario me permitirá solicitar una modificación de mi información sobre la salud que pueda identificarme individualmente que mantenga Cigna Global Health Benefits.

VERIFICACIÓN:

Identificación del miembro/participante: La siguiente información se necesita para verificar la identidad. Complete todos los puntos que correspondan.

Nombre del miembro/participante que solicita el acceso	Fecha de nacimiento	N.º de miembro
Nombre del suscriptor (si difiere del miembro)		Relación del suscriptor con el miembro
Nombre del empleador del suscriptor		Número de miembro del suscriptor

INFORMACIÓN QUE SOLICITA MODIFICAR:

Tenga en cuenta que si Cigna Global Health Benefits no fue el autor de la información que usted solicita modificar, no podrá modificar dicha información. Deberá comunicarse directamente con el autor de la información para que pueda modificarla. Algunos ejemplos de autores de información son su médico y otros proveedores de cuidado de la salud.

Describa la información sobre la salud que pueda identificarle individualmente que desea modificar:

Especifique el cambio/la modificación solicitada:

Fecha(s) del servicio asociado con la información sobre la salud que pueda identificarle individualmente (si corresponde):

Motivo de la modificación solicitada:

Si Cigna Global Health Benefits aprueba su solicitud de modificación, la información modificada se usará e incluirá en todas las divulgaciones futuras, incluida la correspondencia. También les suministraremos la modificación a las personas que sepamos que han recibido anteriormente la información, además de las personas que usted identifique más abajo.

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

Entiendo que si se entrega un formulario incompleto a Cigna Global Health Benefits, se me devolverá para que lo complete, y mi solicitud de modificación no se implementará hasta que se reciba y se procese toda la información completa.

Envíe el formulario firmado y completado a la siguiente dirección: Privacy Office
Cigna Global Health Benefits
300 Bellevue Parkway
Wilmington, Delaware 19809

He leído y comprendo la información incluida más arriba:

Fecha: _____ Firma del miembro/participante autorizante: _____

Si el paciente no puede prestar su consentimiento debido a una afección física o a su edad, complete lo siguiente: El paciente es un menor de _____ años de edad o no puede prestar su consentimiento, porque: _____

Firma del padre/tutor/apoderado: _____ Relación: _____

Firma del representante personal: _____ Relación: _____

"Cigna" es una marca de servicio registrada, y el logo "Tree of Life", "GO YOU" y "Cigna Global Health Benefits" son marcas de servicio, de Cigna Intellectual Property, Inc., cuya licencia de uso poseen Cigna Corporation y sus subsidiarias operativas. Todos los productos y servicios son brindados por dichas subsidiarias operativas, o a través de ellas, que incluyen a Connecticut General Life Insurance Company y Cigna Health and Life Insurance Company, y no por Cigna Corporation.