

# Solicitud de comunicaciones confidenciales en virtud de la HIPAA de Cigna Global Health Benefits<sup>SM</sup>



**Este formulario me permitirá, como miembro/participante de Cigna Global Health Benefits, solicitar que la correspondencia se envíe a una dirección alternativa.**

Entiendo que, al completar y firmar este formulario, solicito a Cigna Global Health Benefits que envíe toda mi correspondencia a una dirección alternativa que proporcionaré a continuación. Entiendo que toda la correspondencia para miembros/participantes se enviará a esta dirección alternativa. Entiendo que la correspondencia seguirá manteniendo mi nombre; no obstante, se enviará a la dirección especificada. Cumpliremos con las solicitudes razonables siempre que sea posible. Entiendo que es posible que mi solicitud de comunicación alternativa se deniegue si no es posible satisfacer mi pedido. Entiendo que una solicitud de dirección alternativa solo puede aprobarse si la comunicación vigente podría poner en riesgo mi vida.

## **Identificación del miembro/participante que solicita la dirección alternativa. La siguiente información se necesita para verificar la identidad.**

Nombre del miembro/participante que solicita la dirección alternativa

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

## **Dirección/comunicación alternativa solicitada: (Dirección)**

### **Solicitud adicional de restricción:**

**(Si desea restringir este acceso a su IIHI, indíquelo marcando el casillero a continuación)**

**Solicito restringir el acceso telefónico y por Internet a mi información sobre la salud que pueda identificarme individualmente (IIHI, por sus siglas en inglés) solamente a mí. (Esto haría que el suscriptor de beneficios, si no soy yo, tenga restringido el acceso telefónico a mi PHI).**

Al firmar este formulario, autorizo a Cigna Global Health Benefits a divulgar la información de conformidad con los términos establecidos en este documento. Entiendo que si se entrega un formulario incompleto a Cigna Global Health Benefits, se me devolverá para que lo complete, y es posible que mi divulgación de información a una dirección alternativa no se haga efectiva hasta que se complete y se procese toda la información.

También entiendo que si yo, como miembro/participante, o mi suscriptor colectivo, cambiamos la cobertura de beneficios de cuidado de la salud o cambiamos de empleador, tendré que volver a enviar esta solicitud. Entiendo que si anteriormente envié una Solicitud de representante personal en virtud de la Norma de Privacidad de la HIPAA, mi solicitud de dirección alternativa prevalecerá sobre la solicitud anterior. La solicitud recibida y procesada más recientemente se utilizará para las comunicaciones.

**Entiendo que puedo revocar esta autorización enviando una solicitud por escrito a tal efecto 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: \_\_\_\_\_

**Tenga en cuenta que: Al firmar esta solicitud, dejo constancia del hecho de que divulgar la información a mi dirección actual podría ponerme en peligro.**

"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.