

# Solicitud de acceso a información sobre la salud que pueda identificarme individualmente 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 el acceso a mi información sobre la salud que pueda identificarme individualmente, que pueda usarse para tomar decisiones sobre mí, incluidos registros médicos y registros de facturación, pero sin incluir las notas de psicoterapia.

**Identificación del miembro/participante que solicita el acceso. La siguiente información se necesita para verificar la identidad.**

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

**Por el presente solicito una copia de mi información sobre la salud que pueda identificarme individualmente, correspondiente a las siguientes fechas:**

**Por el presente solicito una copia de mi información sobre la salud que pueda identificarme individualmente, correspondiente a las siguientes fechas:**

Inscripción	Servicio al Cliente
Pago de prima/aporte	Conjunto de registros designado
Administración de casos o médica	Información de reclamos, facturación y explicación de beneficios relacionada con el siguiente servicio o reclamo: (especifique la fecha y/o la afección médica)
Otro: (especifique)	

**Entiendo que puedo acceder a mi información sobre la salud que pueda identificarme individualmente a través de cualquiera de los siguientes métodos: (Marque el método deseado)**

Prefiero inspeccionar y/o copiar la información solicitada en persona, y llamaré al 1.800.441.2668 para coordinar un horario que nos convenga a ambas partes para ir a Cigna Global Health Benefits. Entiendo que es posible que se me cobre un cargo por cada página que copie.

Prefiero que se hagan copias de la información solicitada y se me envíen por correo a la siguiente dirección (entiendo que es posible que se me cobre un cargo por las copias y el franqueo):

Prefiero recibir un resumen escrito de la información solicitada en lugar de los registros completos. Entiendo que es posible que se me cobre un cargo por dicho resumen.

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

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.

**Enviar esta solicitud a:**

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.