

PERMISO PARA CONVERSAR SOBRE INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD LIMITADA CON FAMILIARES Y AMIGOS



Nombre del afiliado

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Fecha de nacimiento

| | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Número de ID del afiliado

| | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Al firmar este formulario donde se indica, le otorgo mi permiso a Cigna-HealthSpring para conversar sobre información limitada relacionada con mi atención, incluido el pago de mi atención, con la(s) persona(s) que se indica(n) en la tabla a continuación. Cigna-HealthSpring usará su criterio profesional para divulgar información que sea directamente relevante para la participación de la(s) persona(s) en mi atención médica o para el pago relacionado con mi atención médica.

| Nombre de la persona y relación con el afiliado | Comentarios o indicaciones (puede conversar sobre horarios de citas, puede divulgar resultados de exámenes, etc.) |
|--|--|
| | |
| | |

El personal de Cigna-HealthSpring también tiene mi permiso para (marque todas las casillas que correspondan)

Dejar un mensaje detallado en mi correo de voz:

Número de teléfono particular

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

 -

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

 -

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Dejar un mensaje en mi número de teléfono particular con la siguiente información:

Nombre

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Relación

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Dejar un mensaje en mi teléfono celular:

Número de teléfono celular

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

 -

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

 -

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Todos los productos y servicios de Cigna se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de Cigna Corporation. El nombre de Cigna, los logotipos, y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc. Cigna-HealthSpring tiene contrato con Medicare para planes PDP, planes HMO y PPO en ciertos estados, y con ciertos programas estatales de Medicaid. La inscripción en Cigna-HealthSpring depende de la renovación de contrato. INT_18_56012S Alternate Format

