

AUTHORIZATION FOR DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION



AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD PROTEGIDA

I hereby authorize Cigna HealthcareSM, its agents or subsidiaries to disclose the Protected Health Information (PHI) indicated below to the persons or entities specified on this form.

Please print your responses on this form. All sections must be completed for this authorization to be valid.

Por el presente autorizo a Cigna HealthcareSM, sus agentes o subsidiarias a divulgar a las personas físicas o jurídicas designadas en este formulario la Información sobre la salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) que se especifica a continuación.

Escriba sus respuestas con letra de molde en este formulario. Se deben completar todas las secciones para que esta autorización sea válida.

VERIFICATION / VERIFICACIÓN – (Please print / Utilice letra de molde)

Identification of customer requesting PHI / Identificación del afiliado que solicita la PHI:

(The following information is needed for verification. Please complete all applicable items. / La siguiente información se necesita para verificar la identidad. Complete todos los datos que correspondan.)

Name of customer / Nombre del afiliado: _____

Date of birth / Fecha de nacimiento: _____

Phone number where we can reach you if we need to contact you to process your request (required) /
Número de teléfono en el que podemos encontrarle si necesitamos comunicarnos con usted para procesar
su solicitud (obligatorio): _____

Address / Dirección: _____

Medicare ID # / N.º de identificación de Medicare: _____

Customer ID card # (if applicable) / N.º de tarjeta
de identificación del afiliado (si corresponde): _____

Description of information to be released / Descripción de la información que se divulgará _____

Please complete the other side. / Complete la página siguiente.

Please indicate what information you wish to release by checking one or more of the boxes below. /
Especifique qué información desea divulgar marcando uno o más casilleros a continuación.

**RECORDS TO BE DISCLOSED / REGISTROS QUE SE DIVULGARÁN
(check all that apply / marque todos los que correspondan):**

Information requested from records maintained by Cigna Healthcare. / Información solicitada de los registros mantenidos por Cigna Healthcare.

- | | | | |
|---|--|--|--|
| ☐ All records /
Todos los registros | ☐ Claims / Reclamos | ☐ Eligibility/Benefits /
Elegibilidad/beneficios | ☐ Billing records /
Registros de facturación |
| ☐ Medical / Médicos | ☐ Other /Otro _____ | | |

Customer must initial in the space provided if any of the boxes below are checked. / El afiliado debe escribir sus iniciales en el espacio proporcionado si marca alguno de los casilleros a continuación.

- | | |
|---|--|
| _____ ☐ Drug/alcohol diagnosis, treatment and
referral / Diagnóstico, tratamiento y
referencia por consumo de drogas/alcohol | _____ ☐ Mental health diagnosis, treatment and
referral / Diagnóstico, tratamiento y
referencia por problemas de salud mental |
| _____ ☐ HIV/AIDS information /
Información sobre VIH/SIDA | _____ ☐ Genetic testing information /
Información de pruebas genéticas |

Dates of service (if applicable) / Fechas de servicio (si corresponde): _____ to / al _____

- ☐ Check if this authorization is for notes from private therapy sessions (if this box is checked, a separate authorization form must be used for any other type of protected health information).
Marque si esta autorización es para notas de sesiones de terapia privadas (si marca este casillero, deberá usar un formulario de autorización aparte para cualquier otro tipo de información sobre la salud protegida).

Arizona residents – The information authorized for release may include records concerning communicable or venereal diseases, which may include, but are not limited to, diseases such as hepatitis, syphilis, gonorrhea and HIV/AIDS. You may have additional protections under Arizona Revised Statutes 36-664 if this type of information is to be released.

Residentes de Arizona – La información cuya divulgación se autoriza puede incluir registros relacionados con enfermedades contagiosas o venéreas, entre las cuales se incluyen, a modo de ejemplo, enfermedades como la hepatitis, sífilis, gonorrea y VIH/SIDA. Es posible que pueda contar con protecciones adicionales en virtud del artículo 36-664 del Compendio de Leyes Revisado de Arizona si se divulgará este tipo de información.

Oklahoma residents – The information authorized for release may include records concerning a communicable or venereal disease, which may include, but are not limited to, diseases such as hepatitis, syphilis, gonorrhea and HIV/AIDS. You may have additional protections under Section 1-502.2 of the Oklahoma Statutes if this type of information is to be released.

Residentes de Oklahoma – La información cuya divulgación se autoriza puede incluir registros relacionados con una enfermedad contagiosa o venérea, entre las cuales se incluyen, a modo de ejemplo, enfermedades como la hepatitis, sífilis, gonorrea y VIH/SIDA. Es posible que pueda contar con protecciones adicionales en virtud del artículo 1-502.2 del Compendio de Leyes de Oklahoma si se divulgará este tipo de información.

Please complete the other side. / Complete la página siguiente.

Entity or person authorized to receive information / Persona física o jurídica autorizada a recibir información:

Name / Nombre: _____

Company (if applicable) / Compañía (si corresponde): _____

Phone number / Número de teléfono: _____

Address of individual or company authorized to receive the information /
Dirección de la persona física o jurídica autorizada a recibir la información: _____

PURPOSE OF RELEASE / FINALIDAD DE LA DIVULGACIÓN

- ☐ Medical care / Atención médica ☐ Other, please explain / Otra, explicar: _____
- ☐ Insurance / Seguro _____
- ☐ At the request of the patient / A pedido del paciente _____

EXPIRATION OF AUTHORIZATION / VENCIMIENTO DE ESTA AUTORIZACIÓN:

This authorization expires /
Esta autorización vence el: _____ (date or event / fecha o acontecimiento)

If no expiration date or event is noted, this authorization will expire one year from the date signed. / Si no se indica una fecha de vencimiento o un acontecimiento, esta autorización vencerá un año después de la fecha en que se firme.

PLEASE NOTE / TENGA EN CUENTA QUE

- You may refuse to sign this authorization and it is strictly voluntary. / Puede negarse a firmar esta autorización, que es estrictamente voluntaria.
- Information disclosed based on this authorization may be subject to redisclosure by the recipient and may no longer be protected by federal or state privacy regulations. / La información divulgada en virtud de esta autorización puede ser divulgada nuevamente por el destinatario, y es posible que deje de estar protegida por las reglamentaciones sobre privacidad federales o estatales.
- If the information on this form is not complete, Cigna Healthcare will return the form to you, and this request will not be considered until Cigna Healthcare receives complete information. / Si la información suministrada en este formulario no está completa, Cigna Healthcare le devolverá el formulario, y esta solicitud no se tendrá en cuenta hasta tanto Cigna Healthcare reciba la información completa.
- If your customer ID or date of birth changes, another form will need to be completed at that time. / Si se modifica su identificación de afiliado o la fecha de nacimiento, será necesario que complete otro formulario en ese momento.
- You may change or revoke this request by sending a written request to Cigna Healthcare, at the address below. You can obtain a Change/Revoke form by calling Cigna Healthcare at the number on your Cigna Healthcare ID card. / Podrá modificar o revocar esta solicitud enviando una solicitud por escrito a Cigna Healthcare, a la dirección que figura a continuación. Podrá obtener un formulario de Cambio/Revocación llamando a Cigna Healthcare al número que figura en su tarjeta de identificación de Cigna Healthcare.
- The provision of treatment, payment enrollment or eligibility for benefits does not depend on whether you sign this authorization. However, if the information is needed to determine the payment of a claim, refusal to sign this form may result in nonpayment of the claim. / La prestación de tratamiento, el pago, la inscripción o los requisitos que se deben cumplir para recibir beneficios no dependen de que usted firme esta autorización. Sin embargo, si la información se necesita para determinar el pago de un reclamo, el hecho de negarse a firmar este formulario podría hacer que el reclamo no se pague.

Please complete the other side. / Complete la página siguiente.

SIGNATURE / FIRMA

I have read and understand the above information. /

He leído y comprendo la información incluida más arriba. Date / Fecha: _____

Signature of customer or person legally authorized to act on behalf of the customer / Firma del afiliado o de la persona legalmente autorizada a actuar en nombre del afiliado:

Relationship if signed by other than customer /

Parentesco si quien firmó no es el afiliado: _____

Note that, if not already provided, we will require verification of the authority of another person to act on behalf of the Member before this request will be considered complete. / Tenga en cuenta que, si no lo suministró aún, le pediremos un comprobante para verificar la competencia de la otra persona para actuar en nombre del Miembro antes de que esta solicitud se considere completa.

If customer is unable to give consent because of age, complete the following: /

Si el afiliado no puede prestar su consentimiento debido a su edad, complete lo siguiente:

Customer is a minor, _____ years of age. If you are making this request on behalf of a minor child, we may require additional information before this request is considered complete.

El afiliado es un menor de _____ años. Si está realizando esta solicitud en nombre de un menor de edad, es posible que exijamos información adicional antes de que esta solicitud se considere completa.

We recommend that you keep a copy of your completed form for your records. A copy of this authorization and a notation concerning the persons or agencies to whom disclosure was made shall be included with your original health records.

Le recomendamos que conserve una copia del formulario completado para sus archivos. Con sus registros de salud originales deberá incluirse una copia de esta autorización y una nota que especifique las personas o entidades a las que se haya divulgado información.

COMPLETED FORM MAILING ADDRESSES / DIRECCIONES POSTALES PARA EL FORMULARIO COMPLETADO

Please send your completed form to your plan's corresponding address below /

Envíe su formulario completado a la dirección correspondiente de su plan:

Cigna Medicare Advantage Plan

Medicare Privacy Office
Cigna Healthcare
PO Box 24207
Nashville, TN 37202

Cigna Medicare Prescription Drug Plan

Cigna Healthcare
PO Box 269005
Weston, FL 33326-9927

**Please maintain a copy of this form for your records.
Asegúrese de conservar una copia de este formulario para sus registros.**

Cigna Healthcare products and services are provided exclusively by or through operating subsidiaries of The Cigna Group. The Cigna names, logos and marks, including THE CIGNA GROUP and CIGNA HEALTHCARE, are owned by Cigna Intellectual Property, Inc. Cigna Healthcare is contracted with Medicare for PDP plans, HMO and PPO plans in select states, and with select State Medicaid programs. Enrollment in Cigna Healthcare depends on contract renewal. © 2024 Cigna Healthcare. Some content provided under license.

Los servicios y productos de Cigna Healthcare se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de The Cigna Group. Los nombres, logotipos y marcas, que incluyen THE CIGNA GROUP y CIGNA HEALTHCARE, son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc. Cigna Healthcare tiene contrato con Medicare para planes PDP, HMO y PPO en ciertos estados, y con ciertos programas estatales de Medicaid. La inscripción en Cigna Healthcare depende de la renovación del contrato. © 2024 Cigna Healthcare. Parte del contenido se suministra bajo licencia.