

Por el presente autorizo a Cigna Healthcare, Global Health Benefits (GHB), sus subsidiarias, afiliadas y agentes a divulgar la información sobre la salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) que se especifica a continuación, a las personas o entidades designadas en este formulario. Tenga en cuenta que: Este formulario no es necesario para todas las divulgaciones de su PHI, como en los siguientes casos: los padres de hijos menores u otros dependientes, los representantes personales registrados o su cónyuge si ambos están cubiertos por un plan de GHB, si completan satisfactoriamente un proceso de verificación de la identidad cuando llamen.

**Identificación del cliente: La siguiente información se necesita para verificar la identidad.**

Cliente cuya información se divulgará	Fecha de nacimiento	Número de ID del cliente
Nombre del suscriptor (si difiere del cliente)	Fecha de nacimiento	Relación con el cliente
Empleador del suscriptor	Número de ID del suscriptor	
Número de teléfono	Dirección de correo electrónico	
Dirección:		
Nombre de la(s) persona(s) o entidad(es) autorizada(s) a recibir información:		
Finalidad de esta autorización de divulgación de información:		

**Descripción de la información que se divulgará:**

- Reclamos       Registros médicos       Elegibilidad/beneficios       Administración de Casos  
 Otra: \_\_\_\_\_

A menos que se indique lo contrario, mi autorización incluye la divulgación de lo siguiente: (Tache lo que desee excluir, si corresponde):

- Diagnóstico y/o tratamiento de alcoholismo y/o abuso o dependencia de las drogas  
 Diagnóstico y/o tratamiento de enfermedades mentales  
 Resultados de análisis de anticuerpos contra el VIH y/o diagnóstico y tratamiento del SIDA  
 Información de pruebas genéticas

**Servicios delicados de California (por ejemplo, CA) (\* Marque el casillero si corresponde):**

- Al marcar este casillero, y firmar y fechar este formulario, autorizo a Cigna Healthcare®, sus agentes y/o subsidiarias a divulgar información relacionada con mi tratamiento para servicios delicados, que pueden incluir, a modo de ejemplo, servicios relacionados con la salud mental o del comportamiento, salud sexual y reproductiva, infecciones de transmisión sexual, trastornos de consumo de sustancias, atención para la afirmación de género y violencia de la pareja íntima, a otros miembros de mi plan, incluido, a modo de ejemplo, el suscriptor. Si elige esta opción, complete también las secciones 1 y 6 de este formulario. No volveremos a imponer la restricción a menos que usted nos lo indique.

**Complete la página siguiente**

**Residentes de Arizona y 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, 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 es residente de Arizona) o del artículo 1-502.2 del Compendio de Leyes de Oklahoma (si es residente de Oklahoma) si se divulga este tipo de información.

**Residentes de California:** De conformidad con el artículo 56.107 del Código Civil de California y el artículo 791.29 del Código de Seguros de California, según corresponda, la información cuya divulgación se autoriza puede incluir información relacionada con el tratamiento para servicios delicados, que pueden incluir, a modo de ejemplo, servicios relacionados con la salud mental o del comportamiento, salud sexual y reproductiva, infecciones de transmisión sexual, trastornos de consumo de sustancias, atención para la afirmación de género y violencia de la pareja íntima.

**Para residentes de Virginia:** Con sus registros sobre la salud originales deberá incluirse una copia de esta autorización y una nota que especifique las personas o entidades a las que se haya divulgado la información.

**¿Es usted residente de Arizona, California, Georgia, Illinois, Massachusetts, Montana, Minnesota o Virginia?**

Sí  No Esta autorización vence: *(fecha o acontecimiento)*

---

(Nota: Para los residentes de los siguientes estados: Si vive en **Arizona, California, Georgia, Illinois, Massachusetts, Montana o Minnesota**, su autorización tendrá una validez de un año como máximo. Las autorizaciones firmadas por residentes de **Virginia** tendrán una validez de dos años como máximo. Los clientes que viven en esos estados y quieran autorizar la divulgación de su información personal por un período más largo tendrán que enviar una nueva autorización en el momento en que venza esta autorización). Residentes de **California**: La autorización que le permita a Cigna Healthcare divulgar un tratamiento relacionado con servicios delicados a otros miembros del plan, incluido el suscriptor del plan, no vencerá automáticamente en un año. No volveremos a imponer la restricción a menos que usted nos lo indique.

**Tenga en cuenta lo siguiente**

- Es posible que la información divulgada en virtud de esta autorización sea divulgada nuevamente por el receptor y deje de estar protegida por las reglamentaciones sobre privacidad federales.
- Si la información proporcionada en este formulario no está completa, GHB le devolverá el formulario, y esta solicitud no será tenida en cuenta hasta tanto GHB reciba la información completa.
- Si se modifica su ID de cliente o la fecha de nacimiento, será necesario que complete otro formulario en ese momento.
- Si el cliente o grupo se cambia a un tipo de cobertura de beneficios de cuidado de la salud diferente brindada por GHB, será necesario que complete otro formulario en ese momento.
- Podrá modificar o revocar esta solicitud enviando una solicitud por escrito a GHB a la dirección que se indica a continuación.
- La prestación de tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para recibir beneficios no dependen de que usted firme esta autorización.
- He leído y comprendo la información incluida más arriba. Mi firma autoriza la divulgación de la información descrita.

**Complete la página siguiente**

**Firma del cliente autorizante, representante personal,  
padre/madre/tutor(a) que autoriza la divulgación:**

**Fecha:**

---

**Relación si la persona que firma no es el cliente cuya información se usará o divulgará:**

---

Si esta solicitud es realizada por un representante personal, pediremos un comprobante para verificar la competencia de ese representante personal antes de que esta solicitud se considere completa.

Si la solicitud es realizada por uno de los padres o un(a) tutor(a), complete lo siguiente: El cliente es un menor de años de edad. Si está realizando esta solicitud en nombre de un menor de edad, es posible que pidamos información adicional antes de que esta solicitud se considere completa.

*Le recomendamos que conserve una copia del formulario completado para sus registros. GHB conservará una copia y la pondrá a su disposición cuando lo solicite.*

Envíe su formulario completado:

Privacy Office  
Cigna Healthcare, Global Health Benefits  
300 Bellevue Parkway  
Wilmington, Delaware 19809



Los productos y servicios de Cigna Healthcare se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de The Cigna Group, que incluyen a Cigna Health and Life Insurance Company, Cigna Life Insurance Company of Canada, Cigna Global Insurance Company Limited, Evernorth Care Solutions, Inc. y Evernorth Behavioral Health, Inc. El nombre de Cigna Healthcare, el logotipo, y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc., cuya licencia de uso poseen The Cigna Group y sus subsidiarias operativas. "Cigna Healthcare" se refiere a The Cigna Group y/o sus subsidiarias y afiliadas.  
© 2025 Cigna Healthcare. Parte del contenido se suministra bajo licencia. Todos los derechos reservados.