



Solicitud de representante personal en virtud de la HIPAA

La finalidad de contar con un representante personal es permitirle a otra persona que actúe en su nombre con respecto a:

- las decisiones que deben tomarse sobre sus beneficios de salud,
- solicitar y/o divulgar su información sobre la salud protegida, y
- ejercer todos los derechos que tenga en virtud de su plan de beneficios de salud.

Un representante personal puede ser designado legalmente o por el propio cliente para actuar en su nombre:

- Si el representante personal ha sido designado legalmente, debe completar y firmar este formulario. Junto con este formulario, deberá presentarse documentación legal respaldatoria, como un poder notarial que indique que tiene plenas facultades para tomar decisiones con respecto al cuidado de la salud o documentación sobre la tutela.

**Nota:** Si su solicitud es aprobada, solo afectará las comunicaciones escritas y orales enviadas por Cigna Healthcare<sup>SM</sup>. Si desea que su empleador, su plan de salud colectivo, su médico o cualquier otra persona ajena a Cigna Healthcare también hagan este cambio, deberá obtener su conformidad por separado.

Cigna Healthcare, Global Health Benefits solo tratará al representante personal como si fuera el cliente/participante en la medida de su competencia, según lo que se describe a continuación. Cuando finalice la competencia del representante personal, el cliente/participante deberá ponerse en contacto con la Oficina de Privacidad por escrito.

**Identificación del cliente/participante que solicita un representante personal:** La siguiente información se necesita para asegurarnos de divulgar su información al representante personal.

Nombre del cliente/participante que solicita un representante personal	Fecha de nacimiento	Número de ID del cliente
Nombre del suscriptor (si difiere del cliente)		Relación con el cliente
Nombre del empleador del suscriptor		Número de ID del suscriptor
Número de teléfono		Dirección de correo electrónico

**Identificación del representante personal:** La siguiente información se necesita para asegurarnos de divulgar su información al representante personal que usted designó.

Nombre del representante personal	
Fecha de nacimiento (se usa con fines de verificación en consultas telefónicas)	N.º del Seguro Social o n.º de ID nacional (se usa con fines de verificación en consultas telefónicas)
Dirección	Relación con el cliente

Complete la página siguiente

---

**Dirección donde deben enviarse las comunicaciones sobre este cliente/participante:**

---

**Descripción de la naturaleza de la representación y límites a la representación (adjunte documentación de respaldo, como órdenes judiciales, poder notarial para el cuidado de la salud, etc.):**

---

**Preguntas de verificación que el representante personal debe responder para acceder a información sobre la salud que pueda identificar individualmente al cliente/participante:**

(En esta sección, “usted” y “su” se refieren al representante personal). Las respuestas que brinde a continuación serán usadas para verificar su identidad si llama para acceder a información sobre la salud protegida del cliente. Tenga en cuenta que hacemos estas preguntas porque debería resultarle fácil recordar las respuestas, pero puede ingresar otros números según se explica a continuación.

PIN de 4 dígitos (puede usar cualquier número de cuatro dígitos): \_\_\_\_\_

¿Cuál es la fecha de nacimiento de su mamá? \_\_\_\_\_

(Responda en el siguiente formato de 8 dígitos: 11231949 para el 23 de noviembre de 1949). Puede usar cualquier fecha; no obstante, no puede ser una fecha futura y debe ser una fecha calendario legítima. Por ejemplo, no podemos aceptar 11361949 (36 de noviembre de 1949) porque noviembre no tiene 36 días. Tampoco podemos aceptar 11232030 (23 de noviembre de 2030) porque 2030 es una fecha futura.

- NO le proporcione a ninguna otra persona las respuestas a estas preguntas.
- Conserve una copia de este formulario para poder consultarlo si lo necesita.

**Tenga en cuenta lo siguiente**

- Si la información proporcionada en este formulario no está completa, Cigna Healthcare, Global Health Benefits le devolverá el formulario, y esta solicitud no será tenida en cuenta hasta tanto Cigna Healthcare, Global Health Benefits 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 Cigna Healthcare, Global Health Benefits, será necesario que complete otro formulario en ese momento.
- Las solicitudes anteriores para que se envíe información a una dirección alternativa no serán tenidas en cuenta. Toda la correspondencia futura para clientes se enviará a la dirección especificada anteriormente.
- Podrá modificar o revocar esta solicitud enviando una solicitud por escrito a Cigna Healthcare, Global Health Benefits a la dirección que aparece en la página siguiente. Podrá obtener un formulario de Cambio/Revocación llamando a Servicio al Cliente de Cigna Healthcare, Global Health Benefits al número que aparece en su tarjeta de ID.

***Complete la página siguiente***

**Los representantes personales designados por orden judicial u otra documentación legal deben completar la sección A.**

**Los representantes personales designados por un cliente deben pasar a la sección B.**

- A. Representantes personales designados legalmente: He leído y comprendo la información incluida más arriba. Al firmar este formulario, declaro que tengo la facultad legal para actuar en nombre del cliente.

Firma del representante personal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Para proteger la privacidad y ayudar a garantizar que ninguna otra persona que no sea la que el cliente designó reciba información sobre la salud protegida, esta solicitud debe enviarse con la documentación legal respaldatoria apropiada.

- B. Representantes personales designados por un cliente: Para proteger la privacidad y ayudar a garantizar que ninguna otra persona que no sea la que el cliente designó reciba información sobre la salud protegida, esta solicitud debe ser firmada por el cliente. He leído y comprendo la información incluida más arriba. Al firmar este formulario, declaro que autorizo a Cigna Healthcare a tratar a mi representante personal como si fuese yo mismo.

Firma del cliente, padre/madre/tutor(a) (Esta línea es para que firme el cliente, para autorizar al representante personal):

\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si la solicitud es realizada por uno de los padres o el/la tutor(a) de un menor, 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.

**Complete y envíe este formulario a la siguiente dirección:**

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

**Entiendo que puedo revocar esta autorización enviando una solicitud por escrito a esta misma dirección.**

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.