



Solicitud de acceso a información sobre la salud  
identificable individualmente/información sobre los códigos  
de diagnóstico y tratamiento en virtud de la HIPAA

Este formulario me permite solicitar acceso a información sobre la salud protegida (PHI, por sus siglas inglés) sobre mí, mantenida por Cigna Healthcare, Global Health Benefits, y que Cigna Healthcare, Global Health Benefits haya creado o recibido durante la vigencia de mi relación laboral con el empleador identificado a continuación. Este formulario también puede usarse para solicitar información adicional sobre códigos de diagnóstico y tratamiento. Identificación del cliente/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	Número de ID del cliente
Nombre del suscriptor (si difiere del miembro)		Relación del suscriptor con el cliente
Nombre del empleador del suscriptor		Número de cliente del suscriptor
Número de teléfono		Dirección de correo electrónico
Dirección a la que Cigna Healthcare enviará la información solicitada:		

Información solicitada de los registros mantenidos por Cigna Healthcare, Global Health Benefits:

Solicito la información marcada a continuación con respecto a mis beneficios médicos de Cigna Healthcare, Global Health Benefits.

- ☐ Reclamos adjudicados (procesados): Este es un resumen de los reclamos pagados o rechazados. (No incluye información sobre reclamos recibidos pero aún no procesados. Si desea conocer el estado de esos reclamos, puede llamar al Centro de Contacto con el Cliente al número gratuito que aparece en su tarjeta de ID de Cigna Healthcare, Global Health Benefits o en la del suscriptor).
- ☐ Información sobre inscripción o elegibilidad que Cigna Healthcare, Global Health Benefits haya recibido del empleador del suscriptor o del suscriptor/cliente. (Esto incluye información como nombre, dirección, número de teléfono, número del Seguro Social, etc.).
- ☐ Información sobre administración de casos y administración de la utilización médica (CM/MM, por sus siglas en inglés respectivamente).
- ☐ Otra información (describir):

La mayor parte de la información es mantenida durante un período de 24 meses, y la información proporcionada cubrirá dicho período. No será posible proporcionar información que cubra un período mayor.

Complete la página siguiente

Información sobre los códigos de diagnóstico y tratamiento:

Le recomendamos que se ponga en contacto con su profesional de cuidado de la salud, ya que es la persona responsable de darle a Cigna Healthcare esta información para que la interprete y analice su relevancia para su salud.

Su solicitud: Marque el/los casillero(s) junto a la información que desea. Proporcione el nombre del/de los profesional(es) de cuidado de la salud, su(s) dirección(es) y la(s) fecha(s) del servicio o tratamiento. Tenga en cuenta que esta información suele estar disponible solamente por dos años (24 meses) después de la fecha del servicio o tratamiento. Es posible que podamos recuperar información más antigua en nuestros archivos, pero eso llevará más tiempo.

- ☐ Códigos de diagnóstico (y sus definiciones estándar)
- ☐ Códigos de tratamiento (y sus definiciones estándar)

Profesional(es) de cuidado de la salud que proporcionó/proporcionaron el servicio o tratamiento	Fecha(s) de servicio
Nombre(s) _____	Primera fecha de tratamiento _____
Dirección(es) _____	Última fecha de tratamiento _____
Nombre(s) _____	Primera fecha de tratamiento _____
Dirección(es) _____	Última fecha de tratamiento _____

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 tomada en cuenta hasta que recibamos la información completa. Es posible que no tenga derecho a recibir la totalidad de su PHI, y no recibirá información como notas de psicoterapia o información recopilada en previsión razonable de una acción o procedimiento civil, penal o administrativo, o para su uso en dicha acción o procedimiento.

Firma

He leído y comprendo la información incluida más arriba:

(Nombre en letra de molde) \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del cliente, padre/madre/tutor(a), representante personal si está disponible: \_\_\_\_\_

Relación si quien firmó no es el cliente: \_\_\_\_\_

Tenga en cuenta que, si todavía no fue proporcionado, pediremos un comprobante para verificar la competencia del representante personal antes de que esta solicitud se considere completa, incluida una copia del poder notarial para el cuidado de la salud u otro documento relevante. 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.

Complete y envíe este formulario a la siguiente dirección:

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.