

Cigna Healthcare, Global Health Benefits<sup>SM</sup>  
Solicitud de informe de las divulgaciones de información sobre la salud  
identificable individualmente en virtud de la HIPAA



Este formulario me permitirá, como cliente/participante de Cigna Healthcare, Global Health Benefits, solicitar un informe de las divulgaciones de mi información sobre la salud identificable individualmente para fines que no estén relacionados con tratamiento, pago y/u operaciones de cuidado de la salud y otras excepciones en virtud de la Norma de Privacidad.

***A partir del 14 de abril de 2003, Cigna Healthcare, Global Health Benefits proporcionará un informe de las divulgaciones de información sobre la salud que pueda identificar individualmente a un cliente/participante realizadas durante un máximo de seis (6) años antes de la fecha de la solicitud del cliente/participante.***

Cuando se reciba una solicitud de informe de las divulgaciones de información sobre la salud identificable individualmente, dicho informe se proporcionará dentro de un plazo de sesenta (60) días. De ser necesario, este plazo puede prorrogarse por treinta (30) días más. Dentro de los sesenta (60) días de la solicitud original, se notificará(n) por escrito al cliente/participante que solicitó el informe el/los motivo(s) de la prórroga y la fecha límite para cumplir con lo solicitado.

Un cliente/participante puede recibir un informe de las divulgaciones sin cargo una vez durante cualquier período de doce (12) meses. Si un cliente/participante solicita más de un informe dentro del mismo período de doce (12) meses, Cigna Healthcare, Global Health Benefits podrá cobrarle una tarifa basada en el costo.

**Identificación del cliente/participante que solicita un informe de las divulgaciones: La siguiente información se necesita para verificar la identidad:**

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

**Envíe el formulario firmado y completado a la siguiente dirección:**

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

Entiendo que si se entrega un formulario incompleto a Cigna Healthcare, Global Health Benefits, se me devolverá para que lo complete, y mi solicitud de informe de las divulgaciones no se implementará hasta que se reciba y se procese toda la información completa.

También entiendo que si yo, como cliente/participante, o el suscriptor colectivo, cambiamos la cobertura de beneficios de cuidado de la salud o cambiamos de empleador, tendré que volver a enviar esta solicitud.

***Complete la página siguiente***

**He leído y comprendo la información incluida más arriba:**

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del cliente/participante autorizante: \_\_\_\_\_

Si el paciente no puede prestar su consentimiento debido a una condición física o a su edad, complete lo siguiente:

El paciente es un menor de años de edad o no puede prestar su consentimiento, porque: \_\_\_\_\_

Firma del padre/la madre/tutor(a)/apoderado(a): \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Firma del representante personal: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

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.

HIPAA AA02

**Borrar formulario**

853885SPa 06/2025

