



Autorización de divulgación de información privada sobre la salud

Por medio de la presente autorizo a CIGNA Behavioral Health*, sus agentes o afiliadas a divulgar la Información privada sobre la salud (PHI, por sus siglas en inglés) que se indica a continuación a las personas o entidades designadas en este formulario.

Por favor, tenga en cuenta que: Este formulario no es necesario para todas las divulgaciones de su PHI. Por ejemplo, es posible que este formulario no sea necesario para revelar información a:

- Un cónyuge de un Miembro/Participante, si ambos cónyuges estuvieran cubiertos por el plan de CIGNA Behavioral Health
- Padres de menores u otros dependientes
- Representante personal registrado en CIGNA Behavioral Health

Divulgaremos cierta PHI sobre usted a estas personas, a su pedido, si completan un proceso de verificación de llamada satisfactoriamente. Por favor, escriba sus respuestas en este formulario en letra de molde.

Para que esta autorización sea válida, se deben completar las Secciones 1 a 6. Los formularios incompletos no se procesarán, y se devolverán al solicitante para obtener información adicional.

1. Verificación

Identificación del Miembro/Participante:

(Se necesita la siguiente información para su verificación).

Nombre del Miembro/Participante cuya información se divulgará: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección del Miembro/Participante: _____

Número de teléfono donde lo podamos ubicar, si necesitáramos comunicarnos con usted para procesar su solicitud (obligatorio): _____

Nº de Seguro Social: _____

Nº de la tarjeta de identificación del Miembro/Participante (si corresponde): _____

Nº de cuenta o del grupo que figura en la tarjeta de identificación: _____

Nombre del suscriptor (si es diferente al del Miembro/Participante): _____

Empleador del Suscriptor: _____ Parentesco del suscriptor con el Miembro/Participante: _____

Nº de Seguro Social del suscriptor (si es diferente al del Miembro/Participante): _____

Si tiene cobertura adicional con CIGNA Behavioral Health, distinta a la que se describió anteriormente, por favor, también complete la siguiente información:

Nombre de otro empleador: _____

Nº de la tarjeta de identificación del Miembro/Participante: _____

Número de cuenta o del grupo que figura en la tarjeta de identificación: _____

¿Se aplica esta solicitud a toda la cobertura? Sí No

Por favor, complete la página siguiente ➔

2. Descripción de la información que se revelará:

Por favor, indique qué información desea revelar marcando uno o más de los casilleros que aparecen a continuación. Si desea conceder un acceso limitado (por ejemplo fechas específicas de servicio, temas específicos de administración de casos, etc.), por favor, especifíquelo en el espacio provisto. □ _____ Reclamos:

- Elegibilidad/Beneficios: _____
- Registros médicos: _____
- Administración de casos: _____
- Otros: _____

Salvo que se indique lo contrario, mi autorización incluye la revelación de la siguiente información: *(Por favor tache aquellos que desee excluir, si hubiera alguno:*

- Diagnóstico y/o tratamiento para el alcoholismo y/o el abuso o dependencia de drogas (farmacodependencia)
- Diagnóstico y/o tratamiento de enfermedades mentales
- Resultados de exámenes por anticuerpos de VIH y/o tratamiento y diagnóstico de SIDA
- Información de pruebas genéticas

*Residentes de **Oklahoma** – la información que se autoriza revelar puede incluir expedientes relacionados con una enfermedad contagiosa o venérea, que puede incluir, pero no se limita a, enfermedades tales como hepatitis, sífilis, gonorrea y VIH/SIDA. De acuerdo con el Artículo 1-502.2 de los Estatutos de Oklahoma, puede tener protecciones adicionales si se revelará este tipo de información.*

3. Entidad o persona autorizada a recibir información:

Nombre: _____ Compañía (si corresponde): _____

Dirección del Individuo/Compañía autorizados a recibir la información: _____

*Residentes de **Virginia**: se incluirá en su expediente original de salud una copia de esta autorización y una certificación con respecto a las personas u organismos a quienes se haya divulgado información.*

4. Propósito de esta divulgación de información:

5. Vencimiento de la autorización:

Esta autorización vence: _____ (fecha o evento).

Si ingresa un evento en vez de una fecha específica, será necesario que envíe un formulario de revocación cuando suceda el evento.

*Nota para los Miembros/Participantes de los siguientes estados: Si usted vive en **Arizona, California, Georgia, Illinois, Massachussets, Montana o Minnesota**, su autorización será válida durante un máximo de un año. Las autorizaciones firmadas por los residentes de **Virginia** serán válidas durante un máximo de dos años. Los Miembros/Participantes que vivan en dichos estados y deseen autorizar la divulgación de su información personal por un período más prolongado tendrán que presentar una autorización nueva en el momento en que se venza esta autorización.*

POR FAVOR, TENGA EN CUENTA:

- La información divulgada de acuerdo con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y es posible que ya no esté protegida por las reglamentaciones federales de privacidad.
- Si la información que figura en este formulario no está completa, CIGNA Behavioral Health se lo devolverá, y no considerará esta solicitud hasta que CIGNA Behavioral Health no reciba la información completa.
- Si cambió su identificación de Miembro/Participante o la fecha de nacimiento, se deberá completar otro formulario en ese momento.
- Si el Miembro/Participante o el Grupo cambiaran por otro tipo de cobertura de beneficios de atención médica brindada por CIGNA Behavioral Health, se deberá completar otro formulario en ese momento.
- Puede cambiar o revocar esta solicitud enviando una solicitud por escrito a CIGNA Behavioral Health, Central HIPAA Unit, a la dirección que figura a continuación. Usted puede obtener un formulario de Cambio/Revocación llamando al Servicio al cliente de CIGNA Behavioral Health al 1.800.926.2273.
- La provisión del tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios no dependen de si usted ha firmado o no esta autorización.

He leído y comprendo la información mencionada anteriormente.

Mi firma autoriza la divulgación de la información descrita.

6. Firma del Miembro/Participante, Representante personal, Padre/Tutor que autorice la Revelación:

_____ Fecha: _____

Parentesco si la persona que firma es distinta del Miembro/Participante, cuya información se utilizará y divulgará: _____

- Si esta solicitud la realiza un Representante personal, solicitaremos la verificación de la autoridad de dicho Representante personal antes de que esta solicitud se considere completa.
- Si la solicitud la realiza el Padre/Tutor, por favor complete lo siguiente: El Miembro/Participante es un menor de _____ años.
Si usted realiza esta solicitud en nombre de un niño menor, podremos solicitar información adicional antes de considerarla completa.

Le recomendamos que guarde una copia de su formulario completo para sus registros. CIGNA Behavioral Health conservará una copia y la pondrá a su disposición si así lo solicita.

**"CIGNA Behavioral Health" se refiere a CIGNA Behavioral Health, Inc. y las subsidiarias de CIGNA Behavioral Health, Inc., inclusive CIGNA Behavioral Health of California, Inc. y CIGNA Behavioral Health of Texas.*

PARA DEVOLVER SU FORMULARIO UNA VEZ COMPLETADO

Fax a: **860.687.7329**

o

Envíelo por correo a: **CIGNA Behavioral Health Central HIPAA Unit, 11095 Viking Drive, Ste. 350
Eden Prairie, MN 55344**

Para que esta autorización sea válida, se deben completar las Secciones 1 a 6.

Los formularios incompletos no se procesarán, y se devolverán al solicitante para obtener información adicional.