



CIGNA Behavioral Health

Solicitud de representante personal

El propósito de implementar un Representante personal es permitirle a otra persona que actúe en su representación con respecto a:

- tomar decisiones sobre sus beneficios de atención médica,
- solicitar y/o divulgar la información privada sobre su salud y
- ejercitar todos los derechos que tiene en su plan de beneficios de salud.

Un Representante personal puede ser designado legalmente o por un Miembro/Participante para actuar en su representación:

- Cuando un Representante personal ha sido designado legalmente, el Representante personal debe completar y firmar este formulario. Junto a él, se debe enviar documentación legal de respaldo, como por ejemplo un poder notarial que indique la autoridad para tomar todas las decisiones relacionadas con la atención médica o los papeles de tutela.
- Cuando un Miembro/Participante designe a un Representante personal, es necesario que el primero firme este formulario en presencia de un Notario Público.

El Miembro/Participante conserva su derecho a actuar en su nombre, salvo que CIGNA Behavioral Health* reciba un documento legal que indique lo contrario.

Nota: Si se acepta su solicitud, afectará sólo a las comunicaciones escritas y verbales de CIGNA Behavioral Health. Si también desea que su empleador, plan de salud colectivo, médico o cualquier persona externa de CIGNA Behavioral Health haga este cambio, debe obtener su consentimiento por separado.

VERIFICACIÓN – (Por favor, escriba en letra de molde)

Identificación del Miembro/Participante:

(Se necesita verificar la siguiente información.)

Nombre del Miembro/Participante: _____ Fecha de nacimiento: _____

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

Nº de Seguro Social: _____

Número de 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): _____

Parentesco del suscriptor con el Miembro/Participante: _____

Nombre del empleador del suscriptor: _____

Número 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: _____

Número 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

Identificación del Representante personal:

Nombre del Representante personal: (sólo se puede nombrar a una persona) _____

Parentesco con el Miembro/Participante: _____

Fecha de nacimiento del Representante personal: (responda en el siguiente formato de 8 dígitos: 11231949 para el 23 de noviembre de 1949)

Dirección a la cual se deben enviar las comunicaciones sobre este Miembro/Participante:

¿Cuál es la razón para esta solicitud? _____

PREGUNTAS DE VERIFICACIÓN PARA EL REPRESENTANTE PERSONAL

(En esta sección "Usted" y "Su" se refieren al Representante personal.)

Las respuestas que brinde serán utilizadas para verificar su identidad si llama para solicitar información privada sobre la salud sobre el Miembro/Participante. Tenga en cuenta que le hacemos estas preguntas porque las respuestas deben ser fáciles de recordar, pero puede ingresar otros números, según se describe a continuación.

Los últimos 4 dígitos de su tarjeta de crédito favorita (puede usar cualquier número de cuatro dígitos) _____

¿Cuál es la fecha de nacimiento de su madre?: (responda en el siguiente formato de 8 dígitos: 11231949 para el 23 de noviembre de 1949)

Puede usar cualquier fecha, sin embargo, no puede ser una fecha futura, y debe ser una fecha legítima del calendario. Por ejemplo, no podemos aceptar 11361949 (36 de noviembre de 1949), puesto que no hay 36 días en noviembre. Tampoco podemos aceptar 11232010 (23 de noviembre de 2010), puesto que el 2010 es una fecha futura.

- Por favor **NO** entregue a ninguna otra persona las respuestas a estas preguntas.
- Guarde una copia de este formulario como referencia.

POR FAVOR, TENGA EN CUENTA:

- 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 se cambiara 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.
- Se descartará cualquier solicitud anterior de envío de información a una dirección alternativa. Toda correspondencia futura del Miembro/Participante se enviará a la dirección que se especifica anteriormente.
- Puede cambiar o revocar esta solicitud enviando una solicitud por escrito a CIGNA Behavioral Health, Central HIPAA Unit, a la dirección que figura en la página siguiente. Usted puede obtener un formulario de Cambio/Revocación llamando al número de Servicios a los miembros de CIGNA Behavioral Health al 800.926.2273.

FIRMA

Los Representantes personales designados por una orden del juzgado u otro documento legal, **por favor, completen la sección A.**

Los Representantes personales designados por un Miembro/Participante, **por favor, completen las secciones B y C.**

A. Representantes personales designados legalmente:

He leído y comprendo la información mencionada anteriormente. Reconozco que al firmar este formulario, tengo la autoridad legal para actuar en representación del Miembro/Participante.

Firma del Representante personal _____ Fecha: _____

Para salvaguardar la privacidad y ayudar a que ninguna persona que no sea la designada por el Miembro/Participante reciba la Información privada sobre la salud, esta solicitud se debe presentar con la documentación legal de respaldo correspondiente.

B. Representantes personales designados por un Miembro/Participante

Para salvaguardar la privacidad y ayudar a que ninguna persona que no sea la designada por el Miembro/Participante reciba la Información privada sobre la salud, esta solicitud debe estar firmada por el Miembro/Participante y certificada. (Por lo general, los servicios del notario se pueden brindar en forma gratuita en un banco donde tenga una cuenta).

He leído y comprendo la información mencionada anteriormente. Reconozco que al firmar este formulario autorizo a CIGNA Behavioral Health a tratar a mi Representante personal como a mí mismo.

Firma del Miembro/Participante/Padre/Tutor *(Esta línea es para que firme el Miembro/Participante, para autorizar al Representante personal.)*

_____ Fecha: _____

Si la solicitud la realiza el Padre/Tutor para un menor de edad, 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.

C. Firma del Notario Público

Estado de _____)
) a saber
Condado de _____)

El día _____ del mes de _____ de 20____, ante mí, (Notario público), el funcionario abajo firmante, compareció personalmente _____ (Miembro/Participante), que sé quién es (o ha probado ser satisfactoriamente) la persona cuyo nombre está en este documento y que reconoce que ejecutó para los propósitos contenidos en el presente.

En fe de lo cual he firmado la presente.

Notario Público

Mi Habilitación vence el _____

*"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.

PARA DEVOLVER SU FORMULARIO UNA VEZ COMPLETADO

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