



CIGNA Behavioral Health

Solicitud para modificar información privada sobre la salud

ESTE FORMULARIO ME PERMITIRÁ SOLICITAR UNA MODIFICACIÓN DE MI INFORMACIÓN PRIVADA SOBRE LA SALUD (PHI, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS), QUE CONSERVA CIGNA BEHAVIORAL HEALTH*.

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

Identificación del miembro/participante: (Se necesita la siguiente información para su verificación. Por favor, complete todos los puntos que correspondan).

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

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

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

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

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

Parentesco del suscriptor con el Miembro/Participante: _____ Nombre del empleador del suscriptor: _____

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

Si tiene cobertura adicional con CIGNA, distinta de 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: _____

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

INFORMACIÓN NECESARIA PARA MODIFICAR

Si CIGNA Behavioral Health no es quien originó la información que usted está solicitando modificar, deberá comunicarse directamente con el creador de dicha información para modificarla. Por ejemplo, este sería el caso de su diagnóstico, la fecha del servicio o el tratamiento recibido.

Si el proveedor accede a modificar su información y se lo informa a CIGNA Behavioral Health, nosotros la cambiaremos de nuestros expedientes. En tal caso, no sería necesario que presente este formulario.

Si CIGNA Behavioral Health aprueba su solicitud para realizar la modificación, la información modificada se utilizará e incluirá en todas las divulgaciones futuras, inclusive la correspondencia. Brindaremos la modificación a personas que hayan recibido la información previamente si consideramos que estas personas confiaron o confiarán en ella en su detrimento. Además, brindaremos la modificación a los individuos/las organizaciones que usted identifique a continuación.

Nombres/direcciones de los individuos/las organizaciones a quienes nos solicite que enviemos la información modificada, si se aprueba su solicitud:

Describa la Información privada sobre la salud (PHI) que desea modificar: _____

Especifique el cambio/la modificación que solicita: _____

Fecha(s) de los servicios relacionados con la PHI, si corresponde: _____

Motivo por el cual se solicita el cambio: _____

Por favor complete el formulario de la página siguiente ➡

POR FAVOR, TENGA EN CUENTA:

- Esta modificación de su información privada (protegida) **incluye únicamente la información que conservan CIGNA Behavioral Health y sus afiliadas**. No incluye la información que pueden conservar el empleador/plan de salud colectivo del suscriptor, sus asociados comerciales, u otros aseguradores del plan de salud colectivo que puedan administrar sus beneficios de atención médica. Deberá comunicarse con su empleador o con dichas entidades para obtener información adicional.
- 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 haya recibido la información completa.

FIRMA

He leído y comprendo la información mencionada anteriormente:
Fecha: _____ Firma del Miembro/Participante, Padre/Tutor, Representante personal: _____
Parentesco si es firmado por otra persona que no sea el Miembro/Participante: _____
Tenga en cuenta que si no ha sido suministrada, solicitaremos la verificación de la autoridad de un Representante personal antes de considerar esta solicitud completa.
Si el Miembro/Participante no puede brindar su consentimiento debido a la 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.

***"CIGNA Behavioral Health" refers to CIGNA Behavioral Health, Inc. and subsidiaries of CIGNA Behavioral Health, Inc., including CIGNA Behavioral Health of California, Inc., and CIGNA Behavioral Health of Texas.*

PARA DEVOLVER SU FORMULARIO COMPLETO

Fax a: 952.996.2507

0
Envíelo por correo a: CIGNA behavioral Health Central HIPAA unit, 11095 Viking drive, site.
350 Eden Prairie, MN 55344