



NAME
 PCP
 PCP PHONE
 ID #
 COPAYS
 OV ER RX
 VIS
 GROUP
 MOD #
 MED REC #

Cigna Medical Group (CMG) Change/Revocation Request

Please complete this form to request a change or revocation to a previously approved request for restriction, confidential communication, authorization or statement of disagreement. By completing and signing this form, you authorize the CMG to change or revoke a previously approved request. Your signature *must* be notarized if you are returning this request by mail. You may complete this form and have your signature verified at the check-in desk of any healthcare center.

PATIENT NAME:		DATE OF BIRTH:		MEMBER ID# (If applicable):	
ADDRESS (Street):		CITY:	STATE:	ZIP CODE:	TELEPHONE #:

Restriction Revocation: Please complete this ONLY if you have a previously approved restriction request.

I wish to revoke my previous request for restriction to deny other family members access to my protected health information.

Confidential Communications Revocation/Change: Please complete ONLY if you have a previously approved confidential communication request.

I wish to revoke my previous request for confidential communications to the following address:

I wish to change my confidential communications request to the following address:

Authorization: Please complete this ONLY if you have previously authorized release of your Protected Health Information.

I wish to revoke my authorization for the following:

Statement of Disagreement: Please complete this ONLY if you have previously submitted a statement of disagreement to a denied amendment request OR requested information disclosed related to a denied amendment request.

I wish to revoke my request to disclose this denied amendment information to those who may receive my Protected Health Information.

If you would like to re-instate any of these restrictions or authorizations, please contact any of the Cigna Medical Group HealthCare Centers for the appropriate form.

Signature of Patient/Representative Requesting Change: _____ Relationship to Patient: _____ Date: _____

Signature of Notary/Witness: _____ Date: _____ Stamp: _____
 (If Notarized)

FOR CMG USE ONLY:



NAME
PCP
PCP PHONE
ID #
COPAYS
OV
ER
RX
VIS
GROUP
MOD #
MED REC #

Cigna Medical Group (CMG) Solicitud de cambio/revocación

Complete este formulario para solicitar el cambio o la revocación de una solicitud previamente aprobada relativa a una restricción, comunicaciones confidenciales, autorización o manifestación de desacuerdo. Al completar y firmar este formulario, usted autoriza a CMG a cambiar o revocar una solicitud previamente aprobada. Si va a enviar esta solicitud por correo, su firma *debe* estar legalizada. Puede completar este formulario y pedir la autenticación de su firma en cualquier mostrador de admisión de cualquier centro de servicios de salud.

NOMBRE DEL PACIENTE:		FECHA DE NACIMIENTO:	N.º DE IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO (si corresponde):		
DIRECCIÓN PRIVADA/CONFIDENCIAL (Calle):	CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL	N.º DE TEL.:	

Revocación de solicitud de restricción: Complete esta sección SÓLO si tiene una solicitud de restricción previamente aprobada.

- Deseo revocar mi solicitud anterior relativa a la restricción para denegarles el acceso a mi información sobre la salud protegida a otros miembros de la familia.

Revocación/cambio de solicitud de comunicaciones confidenciales: Complete esta sección SÓLO si tiene una solicitud de comunicaciones confidenciales previamente aprobada.

- Deseo revocar mi solicitud anterior para que las comunicaciones confidenciales se envíen a la siguiente dirección:

- Deseo cambiar mi solicitud para que las comunicaciones confidenciales se envíen a la siguiente dirección:

Autorización: Complete esta sección SÓLO si anteriormente autorizó la divulgación de su Información sobre la salud protegida.

- Deseo revocar mi autorización relativa a lo siguiente:

Manifestación de desacuerdo: Complete esta sección SÓLO si anteriormente presentó una manifestación de desacuerdo con respecto a una solicitud de modificación rechazada O solicitó información divulgada relacionada con una solicitud de modificación rechazada.

- Deseo revocar mi solicitud para divulgar la información sobre esta modificación rechazada a las personas que reciban mi Información sobre la salud protegida.

En caso de querer restablecer alguna de estas restricciones o autorizaciones, comuníquese con cualquiera de los Centros de servicios de salud de Cigna Medical Group para solicitar el formulario correspondiente.

Firma del paciente/representante que solicita el cambio: _____ Relación con el paciente: _____ Fecha: _____

Firma del notario/testigo: _____ Fecha: _____ Sello: _____
(Si se legaliza)

FOR CMG USE ONLY: