



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

## Cigna Medical Group (CMG) Request To Amend Protected Health Information

Please complete this form to request an amendment to your Protected Health Information. 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.

Please note that if the Cigna Medical Group was not the originator of the information you are requesting to amend, you should contact that person directly to amend the information. For example, this would apply to a provider outside the CMG or your insurance company. CMG may not be able to change the information created by someone else and we may have to deny your request.

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

**Protected Health Information requested to be amended (including Dates of Service):**

**Specify change requested:**

**Reason for requested amendment:**

If Cigna Medical Group approves your request to amend, the amended information will be used and contained in all future disclosures. We will also provide the amendment to persons we know have previously received the information, as well as persons you identify below.

**Name/address of individuals/organizations to whom you request amended Protected Health Information be sent, if request is approved:**

Signature of Patient/Representative Requesting Amendment: \_\_\_\_\_ Relationship to Patient: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Signature of Notary/Witness: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Stamp: \_\_\_\_\_  
*(If Notarized)*

**FOR CMG USE ONLY:**

APPROVED BY: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

DENIED BY: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

Notification Letter sent on date: \_\_\_\_\_



NAME  
 PCP  
 PCP PHONE  
 ID #  
 COPAYS  
 VIS

GROUP  
 MOD #  
 MED REC #

OV ER RX

## Cigna Medical Group (CMG) Solicitud para modificar información sobre la salud protegida

Complete este formulario para solicitar una modificación a su Información sobre la salud protegida. 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.

Tenga en cuenta que si Cigna Medical Group no fue el autor de la información que solicita modificar, deberá comunicarse directamente con esa persona para modificarla. Por ejemplo, esto se aplicaría si el autor es un proveedor no perteneciente a CMG o a su compañía de seguros. Es posible que CMG no pueda cambiar la información creada por otra persona y que tenga que rechazar su solicitud.

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

**Información sobre la salud protegida que solicita modificar (incluidas las fechas de servicio):**

**Especifique el cambio solicitado:**

**Motivo de la modificación solicitada:**

Si Cigna Medical Group aprueba su solicitud de modificación, la información modificada se usará e incluirá en todas las divulgaciones futuras. También les suministraremos la modificación a las personas que sepamos que anteriormente recibieron la información, así como a las personas que usted indique a continuación.

**Nombre/dirección de las personas físicas/jurídicas a quienes solicita que se envíe la Información sobre la salud protegida modificada, si la solicitud es aprobada:**

Firma del paciente/representante que solicita la modificación: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Sello: (Si se legaliza) \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Stamp: \_\_\_\_\_ (If Notarized)

**FOR CMG USE ONLY:**

APPROVED BY: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

DENIED BY: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

Notification Letter sent on date: \_\_\_\_\_