



Autorización para la divulgación de información médica protegida (PHI)

ECHS Category - PHIA

Información Médica Protegida (PHI) se refiere a información sobre su salud. Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de su PHI. Al firmar este documento, usted nos da brinda su **autorización**. Solo divulgaremos aquella PHI que usted autorice. Y solo se la otorgaremos a las personas o agencias que usted indique.

1. ¿Quién es el miembro de Medicaid?

Nombre	Apellido	Inicial del segundo nombre
Número de identificación de miembro	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Número de teléfono
Calle		
Ciudad, estado y código postal		

2. ¿A quién se le puede entregar la PHI?

Nombre de la persona o de la compañía	Número de teléfono
Calle	
Ciudad, estado y código postal	
Nombre de la persona o de la compañía	Número de teléfono
Calle	
Ciudad, estado y código postal	

AVISO PARA PERSONAS QUE NO SEAN EL MIEMBRO:

La información divulgada sobre ciertas afecciones, como tratamiento por abuso de alcohol o drogas, VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual, información sobre salud conductual e información sobre marcadores genéticos está protegida en virtud de diversas leyes federales y estatales que prohíben que usted divulgue aún más esta información sin el consentimiento expreso por escrito de la persona a quien pertenece o, de otro modo, conforme a lo permitido por dichas leyes. Cualquier divulgación no autorizada que infrinja las leyes estatales o federales puede resultar en multas, sentencia de prisión o ambas sanciones. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO constituye el consentimiento suficiente para la divulgación de este tipo de información. La norma federal del Título 42 del CFR Parte 2 restringe el uso de la información divulgada para investigar o procesar penalmente a un paciente que haya exhibido abuso de alcohol o de drogas.

“Aetna” también incluye las subsidiarias, las filiales, los empleados, los agentes y los subcontratistas de Aetna.

3. ¿Qué PHI podemos compartir?

Solo compartiremos la PHI que usted **autorice**. Marque la casilla para indicar qué tipo de PHI nos autoriza a divulgar.

- Cualquier información solicitada
- Información de salud (médica, dental, de farmacia o de la visión)
- Información de salud mental, pero NO notas de psicoterapia
- Diagnóstico y tratamiento de trastornos por abuso de sustancias, pero NO las notas de psicoterapia/de asesoramiento relacionadas con el diagnóstico y tratamiento de trastornos por abuso de sustancias
- Atención a largo plazo
- Registros de administración de pacientes
- Otro tipo de información (explique): _____

4. ¿Por qué divulga esta PHI?

Motivo/propósito:

5. Este formulario es válido durante un año, a menos que indique un período más corto a continuación.

Mi AUTORIZACIÓN es válida desde:

_____ a la _____
MM/DD/AAAA

a la

_____ MM/DD/AAAA

Al firmar a continuación, comprendo y acepto lo siguiente:

- Puedo retirar mi **autorización** escribiendo a la dirección que se encuentra en este formulario.
- Si retira su **autorización**, no recuperará la PHI que ya hayamos divulgado. No obstante, no compartiremos más su PHI.
- Mi posibilidad de inscribirme al seguro no cambiará si no firmo este formulario.
- Cualquiera que obtenga mi PHI podría compartirla con otras personas. Eso significa que las leyes podrían no proteger mi PHI.
- La PHI que **autorizo** a compartir puede incluir lo siguiente:
 - Información sobre afecciones médicas y tratamiento
 - Enfermedades crónicas
 - Enfermedades de salud mental
 - Diagnóstico o tratamiento de trastornos por abuso de sustancias
 - Enfermedades de transmisión sexual (VIH/SIDA) e información sobre marcadores genéticos
- Puedo solicitar una copia de esta **autorización** por escrito a la dirección que figura en este formulario.
- Aetna no divulgará mi PHI con quien yo mencioné, a menos que firme este formulario; no la compartirá con nadie más.

ATENCIÓN:

Debo firmar este formulario si ocurre algo de lo siguiente.

- Tengo 18 años o más.
- Tengo menos de 18 años y estoy casado/a o emancipado/a.
- Mi estado me permite recibir tratamiento, incluso si mis padres o tutor legal no están de acuerdo.
- La PHI sobre mí que se va a divulgar puede incluir una o más de las siguientes afecciones:
 - Diagnóstico o tratamiento de trastornos por abuso de sustancias
 - Enfermedades de salud mental
 - Enfermedades de transmisión sexual (incluidos VIH/SIDA)
 - Salud reproductiva (incluidos métodos anticonceptivos, atención prenatal y aborto)

6. Firma del miembro o del representante autorizado.

Firma	Fecha
Imprima el nombre	
Si un representante legal firmó este formulario, describa la relación que los vincula: (padre, tutor legal, poder de representación, representante personal)	

Representante autorizado significa que usted cuenta con evidencia legal que indica que puede actuar en nombre de esta persona. Un representante firma en nombre de una persona que, legalmente, no puede firmar por sí misma. Si el miembro es menor de 18 años, el padre o tutor legal debe firmar en nombre del menor. Si usted es un representante, cuando firma este formulario, debe enviar la evidencia legal que indica que puede actuar en nombre de esta persona.

¿Tiene alguna pregunta? Nosotros podemos ayudarles. Llame a Aetna al: 1-866-600-2139.

Firme y envíe este formulario completo a la dirección que figura debajo:

**Aetna HIPAA Member Rights Team
PO Box 14079
Lexington, KY 40512-4079**

O envíelo por fax al siguiente número: 859-280-1272



Cumplimos con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discriminamos por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo y no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Si habla otro idioma que no sea inglés, tiene a disposición servicios gratuitos de asistencia de idiomas. Visite nuestro sitio web o llame al número de teléfono que figura en este material.

Además, su plan de salud proporciona servicios y ayudas auxiliares, sin costo, cuando sea necesario para asegurar que las personas con discapacidades tengan igualdad de oportunidades para comunicarse con nosotros de manera efectiva. Su plan de salud también proporciona servicios de asistencia lingüística, sin costo, para las personas que tengan dominio limitado del inglés. Si necesita estos servicios, llame al Servicio al Cliente al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación de beneficios.

Si considera que no le proporcionamos estos servicios o lo discriminamos de alguna otra manera por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante nuestro Departamento de Quejas (escriba a la dirección que figura en su Evidencia de cobertura). También puede presentar una queja por teléfono llamando al Servicio al Cliente al número que figura en su tarjeta de identificación de beneficios (TTY: 711). Si necesita ayuda para presentar una queja, llame al Departamento de Servicio al Cliente al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación de beneficios.

Además, puede presentar un reclamo de derechos civiles en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los EE. UU. en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/complaint_frontpage.jsf.

ESPAÑOL (SPANISH): Si habla un idioma que no sea inglés, se encuentran disponibles servicios gratuitos de asistencia de idiomas. Visite nuestro sitio web o llame al número de teléfono que figura en este documento.

繁體中文 (CHINESE):

如果您使用英文以外的語言，我們將提供免費的語言協助服務。請瀏覽我們的網站或撥打本文件中所列的電話號碼。