



AETNA BETTER HEALTH Premier Plan MMAI®

Autorización para utilizar o compartir información personal

1. Autorizo a Aetna Better Health Premier Plan MMAI a utilizar y compartir mi información de salud.

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Correo electrónico: _____ Número de identificación: _____

2. **Motivo de divulgación:** Aetna Better Health puede utilizar y compartir mi información de salud para mi tratamiento y administración y coordinación de mi atención. Aetna Better Health puede hacerlo compartiendo mi información con médicos y otras personas que me brinden atención por medio de un sitio web.

3. **Información que se divulgará:** acepto que se comparta información relacionada con mi salud, como mi atención médica en el pasado, los medicamentos que tomo y mis planes de administración de atención.

4. **Destinatarios autorizados:** a continuación se presenta una lista de proveedores/consultorios con los que Aetna Better Health puede compartir mi información de salud.

Nombre del proveedor	Nombre de la clínica	Dirección	Teléfono

4.1 **Adicción a drogas y alcohol, o abuso de dichas sustancias:** si en mis registros médicos hay información sobre adicción a drogas y alcohol, o abuso de dichas sustancias, Aetna Better Health puede compartir esta información con las personas que figuren en la sección 4.

Aetna Better Health puede divulgar la totalidad de mi información de salud, incluso aquella sobre adicción a drogas y alcohol, o abuso de dichas sustancias, a los destinatarios autorizados en la sección 4. Sí No/no corresponde

Aetna Better Health divulgará esta información de los registros protegidos por las normas federales de confidencialidad (título 42 del Código de Regulaciones Federales [CFR], parte 2). Las normas no permiten que las personas de la sección 4 compartan información alguna sobre usted, a menos que lo permita expresamente mediante un consentimiento por escrito o, de otro modo, conforme a lo permitido por el título 42 del CFR, parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente. Las normas federales no permiten el uso alguno de esta información para investigar o procesar penalmente a un paciente que haya exhibido abuso de alcohol o drogas.

5. **Vencimiento:** la presente autorización vencerá cuando deje de ser miembro de Aetna Better Health.

6. Comprendo lo siguiente:

- a. Puedo retirar mi autorización en cualquier momento escribiendo a Aetna Better Health. Si ya se ha divulgado información antes de que cancele mi autorización, el hecho de cancelarla solo prevendrá divulgaciones adicionales.
Aetna Better Health Premier Plan MMAI
Attn: Privacy Officer
3200 Highland Avenue F661
Downers Grove, IL 60515
- b. Aetna Better Health no toma decisiones sobre el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad en función de la presente autorización.
- c. Los individuos/las organizaciones que figuren en la sección 4 pueden volver a divulgar la información (excepto aquella sobre drogas y alcohol) que yo comparta en virtud de la presente autorización, y dicha información puede dejar de estar protegida por las normas federales de confidencialidad.
- d. Aetna Better Health, sus programas, servicios, empleados, agentes y contratistas no tienen ninguna responsabilidad legal por divulgar mi información en la medida indicada y autorizada.
- e. Puedo negarme a firmar esta autorización.

* * * * *

Marque "Sí" o "No/no corresponde" en la sección 4.1 antes de firmar.

Firma de la persona o del representante personal

Fecha

Si usted es el representante personal, indique su relación con la persona: _____

Firma del testigo

Fecha

Si la persona es físicamente incapaz de firmar, es necesaria la firma de un segundo testigo.

Firma del segundo testigo

Fecha

Si la persona recibe ayuda del proveedor, proporcione la siguiente información adicional a continuación:

Nombre del proveedor: _____ Nombre de la clínica: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico: _____ Número de identificación fiscal: _____

Envíe los formularios completados a la siguiente dirección:

Fax: 855-259-2087

Correo:

Aetna Better Health Premier Plan MMAI
Attn: Member Services
3200 Highland Avenue F661
Downers Grove, IL 60515

Correo electrónico:

AetnaBetterHealthIL-MemberServices@AETNA.com

¿Tiene preguntas? Llámenos al 1-866-600-2139.