



Autorización para la divulgación de información médica protegida (PHI)

Categoría ECHS - PHIA

La **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	
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	

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

3. ¿Qué PHI podemos compartir?

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

- Cualquier información solicitada Salud (médica, dental, farmacéutica y de la visión)
 Atención a largo plazo Registros de administración de pacientes

Información confidencial: (puede incluir información sobre los diagnósticos o los tratamientos)

- Trastorno por abuso de sustancias (alcohol/drogas) VIH/sida
 Enfermedades de transmisión sexual
 Salud conductual/salud mental (pero NO las notas de psicoterapia)
 Otros servicios sensibles (como atención de afirmación de género o salud sexual o reproductiva)
 Otra información (explique) _____

4. ¿Por qué divulga esta PHI?

Motivo/propósito:

5. Este formulario es válido durante 1 año, a menos que indique un período más corto a continuación.

Mi AUTORIZACIÓN es válida desde:

_____ hasta _____
 MM/DD/AAAA 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 volveremos a compartir su PHI.
- Mi posibilidad de inscribirme al seguro no cambiará si no firmo este formulario.
- Quien obtenga mi PHI puede 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
 - Afecciones de salud mental/conductual
 - Diagnóstico o tratamiento de trastornos por abuso de sustancias (alcohol/drogas)
 - Enfermedades transmisibles, enfermedades de transmisión sexual (VIH/sida) e información sobre marcadores genéticos
- Puedo solicitar una copia de esta **autorización** escribiendo 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:
 - Afecciones de salud mental/conductual
 - Diagnóstico o tratamiento de trastornos por abuso de sustancias (alcohol/drogas)
 - Enfermedades de transmisión sexual (que incluye VIH/SIDA)
 - Salud reproductiva (que incluye métodos anticonceptivos, atención prenatal y aborto)

6. Firma del miembro o del representante autorizado

Firma	Fecha
Nombre en letra de imprenta	
Si un representante legal firmó este formulario, describa la relación que los vincula: (padre, tutor legal, persona con poder de representación, representante personal).	

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

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 ayudarle. **Llame al Departamento de Servicios para Miembros al [1-855-232-3596](tel:1-855-232-3596) (TTY [711](tel:711)).**

Firme y envíe este formulario completo a: **Aetna HIPAA Member Rights Team**
PO Box 14079
Lexington, KY 40512-4079

Los documentos también se pueden enviar por fax al: [1-859-280-1272](tel:1-859-280-1272)

Aetna cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo.

ENGLISH: ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call the number on the back of your ID card or [1-800-385-4104](tel:1-800-385-4104) (TTY: [711](tel:711)).

SPANISH: ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al número que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación o al [1-800-385-4104](tel:1-800-385-4104) (TTY: [711](tel:711)).

CHINESE: 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電您的 ID 卡背面的電話號碼或 [1-800-385-4104](tel:1-800-385-4104) (TTY: [711](tel:711))。