



# Solicitud de acceso a la información protegida de salud

ECHS Category - PHIA

La información protegida de salud hace referencia a la información sobre su salud. Para que podamos procesar la solicitud, debe completar y firmar esta forma.

## 1. ¿Quién es el miembro de Medicaid?

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

## 2. Descripción de un informe de la información protegida de salud

Una vez que recibamos esta forma de solicitud firmada, le enviaremos el informe de la información protegida de salud. El informe incluirá los últimos 24 meses de información protegida de salud que tengamos. Si quiere obtener información sobre diferentes fechas, indíquelas a continuación.

Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_

Si recibe beneficios del plan de cuidado a largo plazo y desea que se le envíe esa información, marque la casilla correspondiente a continuación.

- Deseo que el informe incluya información del plan de LTC.  
 Solo deseo que incluyan información del plan de LTC en el informe.

## 3. ¿Adónde le enviamos este informe de la información protegida de salud?

¿Quién recibirá este informe de la información protegida de salud? <input type="checkbox"/> Miembro <input type="checkbox"/> Representante legal del miembro <input type="checkbox"/> Padre o madre biológicos o adoptivos del miembro
Nombre de la persona que recibe el informe (en letra de imprenta)
Dirección de la persona que recibe el informe
Ciudad, estado, código postal

**Información importante:**

- Al firmar esta forma, permito que Aetna entregue información protegida de salud sobre el miembro indicado en la **sección 1** a la persona identificada en la **sección 3**.
- Esta aprobación corresponde únicamente a esta solicitud.
- Este informe puede incluir información sobre enfermedades crónicas, enfermedades de salud emocional y psicológica, abuso de sustancias o alcohol, enfermedades transmisibles, enfermedades de transmisión sexual, VIH o sida, o información de marcador genético.
- Este informe de la información protegida de salud no incluye las notas de psicoterapia.
- La persona que recibe el informe puede volver a divulgar la información que contiene. Si ese es el caso, dicha información puede dejar de estar protegida por las leyes de privacidad federales o estatales.

**4. Firma del miembro o del representante autorizado**

Firma	Fecha
Nombre en letra de imprenta	
Si esta forma fue firmada por un representante legal, describa la relación (padre, madre, tutor legal, representante con poder legal, representante personal)	

Ser **representante autorizado** significa que tiene una prueba legal que demuestra que puede actuar en representación de esta persona.

Un representante firma en nombre de una persona que no lo puede hacer legalmente por su cuenta. Si el miembro es menor de 18 años, su padre, madre o tutor legal deberán firmar en su nombre. Si usted es representante, además de firmar esta forma, debe enviar prueba legal que demuestre que puede actuar en nombre de esta persona.

¿Tiene preguntas? Podemos ayudarlo. **Comuníquese con Aetna al [1-800-279-1878](tel:1-800-279-1878) (TTY: [711](tel:711)).**

**Firme y envíe la forma que ha completado a: Aetna HIPAA Member Rights Team  
PO Box 14079  
Lexington, KY 40512-4079**

**También puede enviarla por fax al [1-859-280-1272](tel:1-859-280-1272).**

Le responderemos en 30 días.

## **Aviso de no discriminación**

Aetna cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Aetna no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Aetna:

- Brinda ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
  - o Intérpretes de lenguaje de señas calificados
  - o Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Brinda servicios de idiomas gratuitos a las personas cuya lengua materna no sea inglés, como los siguientes:
  - o Intérpretes calificados
  - o Información escrita en otros idiomas

**Si necesita un intérprete calificado, información escrita en otros formatos, servicios de traducción u otros servicios, comuníquese con el número que aparece en su tarjeta de identificación o **1-800-385-4104.****

Si considera que Aetna no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de alguna otra manera por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante nuestro Coordinador de Derechos Civiles:

Dirección:                   Attn: Civil Rights Coordinator  
                                  PO Box 818001  
                                  Cleveland, OH 44181-8001  
Teléfono:                   **1-888-234-7358 (TTY 711)**  
Correo electrónico: MedicaidCRCoordinator@aetna.com

Puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, nuestro Coordinador de Derechos Civiles está disponible para ayudarle.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Sociales de EE. UU., Oficina de Derechos Civiles, de manera electrónica a través del portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD).

Los formularios de reclamo están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Aetna es la marca que se utiliza para los productos y servicios proporcionados por uno o más de los grupos de compañías subsidiarias de Aetna, lo que incluye a Aetna Life Insurance Company, y sus filiales.

## Multi-language Interpreter Services

**ENGLISH: ATTENTION:** If you speak 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** (TTY: **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** (TTY: **711**).

**KOREAN:** 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 귀하의 ID 카드 뒷면에 있는 번호로나 **1-800-385-4104** (TTY: **711**) 번으로 연락해 주십시오.

**VIETNAMESE: CHÚ Ý:** nếu bạn nói tiếng việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Hãy gọi số có ở mặt sau thẻ id của bạn hoặc **1-800-385-4104** (TTY: **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** (TTY: **711**)。

**ARABIC:** ملحوظة: إذا كنت تتحدث باللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل على الرقم الموجود خلف بطاقتك الشخصية أو على **1-800-385-4104** (للصم والبكم: **711**).

**TAGALOG: PAUNAWA:** Kung nagsasalita ka ng wikang Tagalog, mayroon kang magagamit na mga libreng serbisyo para sa tulong sa wika. Tumawag sa numero na nasa likod ng iyong ID card o sa **1-800-385-4104** (TTY: **711**).

**PERSIAN:** اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، به صورت رایگان می توانید به خدمات کمک زبانی دسترسی داشته باشید. با شماره درج شده در پشت کارت شناسایی یا با شماره **1-800-385-4104** (TTY: **711**) تماس بگیرید.

**AMHARIC:** ማሳሰቢያ፡- አማርኛ የሚናገሩ ከሆነ የለ ምንም ክፍያ የቋንቋ ደጋፍ አገልግሎቶችን ማግኘት ይቻላል። በእርስዎ አይ.ዲ ካርድ ላይ ወዳለው ስልክ ቁጥር ወይም በስልክ ቁጥር **1-800-385-4104** (TTY: **711**) ይደውሉ።

**URDU:** توجہ دیں: اگر آپ اردو زبان بولتے ہیں، تو زبان سے متعلق مدد کی خدمات آپ کے لئے مفت دستیاب ہیں۔ اپنے شناختی کارڈ کے پیچھے موجود نمبر پر یا **1-800-385-4104** (TTY: **711**) پر رابطہ کریں۔

**FRENCH: ATTENTION:** si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le numéro indiqué au verso de votre carte d'identité ou le **1-800-385-4104** (ATS: **711**).

**RUSSIAN: ВНИМАНИЕ:** если вы говорите на русском языке, вам могут предоставить бесплатные услуги перевода. Позвоните по номеру, указанному на обратной стороне вашей идентификационной карточки, или по номеру **1-800-385-4104** (TTY: **711**).

**HINDI:** ध्यान दें: यदि आप हिंदी भाषा बोलते हैं तो आपके लिए भाषा सहायता सेवाएं नि:शुल्क उपलब्ध हैं। अपने आईडी कार्ड के पृष्ठ भाग में दिए गए नम्बर अथवा **1-800-385-4104** (TTY: **711**) पर कॉल करें।

**GERMAN: ACHTUNG:** Wenn Sie deutschen sprechen, können Sie unseren kostenlosen Sprachservice nutzen. Rufen Sie die Nummer auf der Rückseite Ihrer ID-Karte oder **1-800-385-4104** (TTY: **711**) an.

**BENGALI:** লক্ষ্য করুন: যদি আপনি বাংলায় কথা বলেন, তাহলে নি:খরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। আপনার পরিচয়পত্রের উল্টোদিকে থাকা নম্বরে অথবা **1-800-385-4104** (TTY: **711**) নম্বরে ফোন করুন।

**KRU:** TÛ DÈ NÂ JIÈ BÒ: ε yemâ wlu bèè ñ a po Klào Win, nêè â-â win kwa cetiyò+ ne-lá, i belé-ò bi mà-ò mú bò kó putu bò. Dâ nobâ nè ê nea-ò ñ-â jiè jipolê katèh je ná kpòh, mòò **1-800-385-4104** (TTY: **711**).

**IGBO (IBO): NRÛBAMA:** Ọ bụrụ na ị na asụ Igbo, ọrụ enyemaka asụsụ, n'efu, dijiri gi. Kpọọ nọmba di n'azụ nke kaadi ID gi ma ọ bụ **1-800-385-4104** (TTY: **711**).

**YORUBA:** ÀKÍYÈSÌ: Tí o bá sọ èdè Yorùbá, àwọn olùrànlówó ìpèsè èdè tí wá ní lẹ́ fún ọ lófẹ́, pe nọ́nbà tí ó wà lẹ́yìn kààdì idánimọ rẹ tàbí **1-800-385-4104** (TTY **711**).