



# Autorización para divulgar Información Médica Protegida (Protected Health Information, PHI)

Categoría ECHS - PHIA

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

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

Primer nombre	Apellido	Inicial del segundo nombre
Número de identificación del afiliado	Fecha de nacimiento (MM/DD/YYYY)	Número de teléfono
Calle		
Ciudad, estado, código postal		

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

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

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

**3. ¿Qué PHI podemos divulgar?**

**Solo** compartiremos la PHI que usted **autorice**. Indíquenos el tipo de PHI marcando la casilla.

Cualquier información solicitada     Salud (médica, dental, farmacia, de la visión)

Atención a largo plazo     Registros de administración de pacientes

**Información confidencial: (puede incluir información sobre diagnóstico o tratamiento)**

Trastorno por consumo de sustancias (alcohol/drogas)     VIH/SIDA     Enfermedades de transmisión sexual

Salud mental o del comportamiento (pero NO notas de psicoterapia).

Otro (explique) \_\_\_\_\_

**4. ¿Por qué divulga esta PHI?**

Razón o propósito:

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

Mi autorización es válida desde:

\_\_\_\_\_

MM/DD/YYYY

hasta \_\_\_\_\_

MM/DD/YYYY

**Al firmar a continuación, comprendo y acepto que:**

- Puedo retirar mi **autorización** escribiendo a la dirección que figura 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 o del comportamiento
  - 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 obtener 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; y 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:
    - Enfermedades de salud mental o del comportamiento
    - Diagnóstico o tratamiento de trastornos por abuso de sustancias (alcohol/drogas)
    - Enfermedades de transmisión sexual (incluyendo VIH/SIDA)
    - Salud reproductiva (incluyendo métodos anticonceptivos, atención prenatal y aborto)

**6. Firma del afiliado o 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, apoderado, representante personal)	

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

**Representante autorizado** significa que cuenta con evidencia legal que indica que puede actuar en nombre de esta persona.

Un representante firma por una persona que no puede, legalmente, firmar por su cuenta. Si el afiliado es menor de 18 años, un padre o tutor debe firmar por el menor. Si usted es un representante que firma este formulario, debe enviar una evidencia legal que indica que puede actuar en nombre de esta persona.

¿Tiene preguntas? Podemos ayudarlo. Llame a Aetna al 1-866-329-4701.

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

**O puede enviarlo por fax al: 859-280-1272**