



# Autorización para la divulgación de información médica protegida (PHI)

Categoría ECHS - 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	
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.

VA GR-69126-4 SP (2-24)

**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, farmacéutica y de la visión)

Atención a largo plazo     Registros de administración de pacientes

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

Trastornos por uso de sustancias (drogas o alcohol)     Enfermedades de transmisión sexual

VIH/sida     Salud del comportamiento o mental (pero NO incluye notas de psicoterapia)

Otra (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:

\_\_\_\_\_ 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 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
  - Información sobre salud del comportamiento o salud mental
  - Información sobre abuso de sustancias (alcohol o drogas)
  - 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:
  - Información sobre salud del comportamiento o salud mental
  - Información sobre abuso de sustancias (alcohol o drogas)
  - 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
Nombre en letra de imprenta	
Si un representante legal firmó este formulario, describa la relación que los vincula: (padre, tutor legal, apoderado, 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 ayudarle. **Llame a Aetna al [1-800-279-1878 \(TTY 711\)](tel:1-800-279-1878).**

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

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

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

## 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 번호로 **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 ያለ ምንም ክፍያ የቋንቋ ድጋፍ አገልግሎቶችን ማግኘት ይችላሉ። በአርብዎ አይ.ዲ. ካርድ ጀርባ ወዳለው ስልክ ቁጥር ወይም በስልክ ቁጥር **1-800-385-4104** (TTY: **711**) ይደውሉ።

**URDU:** - توجه 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:** TÚ DE NÁ JIÉ BÒ: e yemâ wlu bèè ñ a po Klào Win, nèè â-â win kwa cetyo+ ne-lá, i belè-ò bi má-ò mú bò kò putu bò. Dá nòbâ né ê nea-ò ñ-â jié jipolê katèh je ná kpòh, mòò **1-800-385-4104** (TTY: **711**).

**IGBO (IBO): NRỤBAMA:** Ọ bụrụ na ị na asụ Igbo, ọrụ enyemaka asụsụ, n'efu, dịjirị gị. Kpọọ nomba dị n'azụ nke kaadi ID gị ma ọ bụ **1-800-385-4104** (TTY: **711**).

**YORUBA:** ÀKÍYÈSÍ: Tí o bá sọ èdè Yorùbá, àwọn olùrànlọwọ̀ ipèsè èdè tí wá ní lẹ̀ fún ọ̀ lófẹ̀ẹ̀, pe nónbà tí ó wà lẹ̀yìn kààdì idánimọ̀ rẹ̀ tàbí **1-800-385-4104** (TTY **711**).