



# Revocación de autorización previamente otorgada a Aetna

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. Las leyes dicen que no podemos entregar su PHI a nadie más que a sus médicos y a otras personas que puedan estar atendiendo, a menos que usted lo **autorice**. Al firmar este documento, nos da su **autorización** para eliminar a las personas o agencias que nombró anteriormente para recibir su PHI.

## 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. ¿Qué autorización desea eliminar? (Marque la casilla correcta).

<input type="checkbox"/> Su <b>autorización</b> para que Aetna entregue su PHI a otras personas o agencias.
<input type="checkbox"/> Su <b>autorización</b> para que Aetna solicite su PHI a otras personas o agencias.

## 3. ¿Quiénes son las personas o agencias que desea que no reciban su PHI?

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

**4. Importante: Al firmar a continuación, comprendo y acepto que:**

- El retirar mi **autorización**, no afectará las acciones que tomó Aetna antes de recibir esta solicitud.
- Puedo obtener una copia de esta solicitud escribiendo a la dirección que figura en este formulario.

Firma del afiliado o representante legal

Fecha

Nombre en letra de imprenta del representante legal del afiliado (*si aplica*)

**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**

## Nondiscrimination Notice

Aetna complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex. Aetna does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability or sex.

Aetna:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
  - o Qualified sign language interpreters
  - o Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats; other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
  - o Qualified interpreters
  - o Information written in other languages

If you need a qualified interpreter, written information in other formats, translation or other services, call the number on your ID card or **1-800-385-4104**.

If you believe that Aetna has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex, you can file a grievance with our Civil Rights Coordinator at:

Address: Attn: Civil Rights Coordinator  
4500 East Cotton Center Boulevard  
Phoenix, AZ 85040

Telephone: **1-888-234-7358 (TTY 711)**

Email: [MedicaidCRCoordinator@aetna.com](mailto:MedicaidCRCoordinator@aetna.com)

You can file a grievance in person or by mail or email. If you need help filing a grievance, our Civil Rights Coordinator is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at: 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).

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Aetna is the brand name used for products and services provided by one or more of the Aetna group of subsidiary companies, including Aetna Life Insurance Company, and its affiliates.

## 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**).

**POLISH:** UWAGA: Jeśli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer podany na odwrocie Twojego identyfikatora lub pod number **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**)。

**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.

**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**).

**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**).

**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**).

**GUJARATI:** ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. તમારા આઈડી કાર્ડની પાછળ આપેલા નંબર પર અથવા **1-800-385-4104** પર કૉલ કરો (TTY: **711**).

**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۔

**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**).

**ITALIAN:** ATTENZIONE: Nel caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuita. Chiamare il numero sul retro della tessera oppure il numero **1-800-385-4104** (utenti 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।

**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**).

**GREEK:** ΠΡΟΣΟΧΗ: Εάν μιλάτε Ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε τον αριθμό που θα βρείτε στο πίσω μέρος της ταυτότητάς σα ή στο **1-800-385-4104** (Λειτουργία TTY: **711**).

**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.