



Solicitud de explicación de divulgaciones de información protegida de salud

ECHS Category - PHIA

Aetna Better Health® of Kansas
9401 Indian Creek Parkway,
Suite 1300
Overland Park, KS 66210

La información protegida de salud (PHI) hace referencia a la información sobre su salud. Para procesar la solicitud, este formulario debe completarse y firmarse.

1. ¿Quién es el miembro de Medicaid?

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

2. Descripción del informe de explicación.

Una vez que hayamos recibido este formulario de solicitud firmado, le enviaremos el informe de explicación. Ninguno de los motivos para divulgar información mencionados en este informe se relacionan con tratamientos, pagos u operaciones de atención de salud.

3. El período de tiempo del informe de explicación no puede superar los 6 años a partir de la fecha de la solicitud.

Mi solicitud es para las siguientes fechas:

_____ hasta el _____

MM/DD/AAAA MM/DD/AAAA

4. ¿Dónde desea que enviemos el informe de acceso a la PHI?

¿Quién recibirá el informe de explicación?

Miembro Representante legal del miembro Padre o madre naturales o adoptivos del miembro

Nombre de la persona que recibe el informe

Dirección completa de la persona que recibe el informe

Ciudad, estado, código postal

Información importante:

- Al firmar este formulario, autorizo a Aetna a brindar un informe de explicación de divulgaciones de PHI del miembro que aparece en la **sección 1** a la persona que se nombra en la **sección 4**.
- Esta aprobación solo es válida para la esta solicitud.
- Es posible que la persona que recibe esta información vuelva a divulgarla. En tal caso, dicha información puede dejar de estar protegida por las regulaciones de privacidad federales o estatales.
- No se incluirán las divulgaciones de más de seis años a partir de la fecha de esta solicitud.

5. Firma del miembro o del representante autorizado.

Firma	Fecha
Nombre en letra de imprenta	
Si a este formulario lo firmó un representante legal, describa la relación (padre o madre, tutor legal, representante con poder legal o representante personal):	

Ser un **representante autorizado** significa que tiene una prueba legal para poder 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 un menor de 18 años, su padre, madre o tutor legal deberán firmar en su representación. Si usted es un representante, al firmar este formulario, debe enviar pruebas legales que demuestren que puede actuar en nombre de esta persona.

¿Tiene preguntas? Podemos ayudarlo. Llame a Aetna al siguiente número: 1-855-221-5656

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

También puede enviarlo por fax al siguiente número: 859-280-1272

Le responderemos en 60 días.

Aviso sobre la no discriminación

Aetna cumple con las leyes de derechos civiles federales vigentes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Tampoco excluye a las personas ni las trata de forma diferente por los motivos antes mencionados.

Aetna brinda lo siguiente:

- Asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidad para que puedan comunicarse con nosotros de manera eficaz, como los siguientes:
 - Intérpretes del lenguaje de señas calificados.
 - Información escrita en otros formatos (en letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, etc.).
- Servicios de idiomas gratuitos a personas cuyo idioma primario no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita un intérprete calificado, información escrita en otros formatos, traducciones u otros servicios, llame al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación o al **1-800-385-4104**.

Si cree que Aetna no le ha brindado estos servicios o lo ha discriminado de alguna otra forma por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentarle una reclamación a nuestro coordinador de derechos civiles a la siguiente dirección:

Dirección: Attn: Civil Rights Coordinator
4500 East Cotton Center Boulevard
Phoenix, AZ 85040
Teléfono: **1-888-234-7358 (TTY: 711)**
Correo electrónico: MedicaidCRCoordinator@aetna.com

Usted puede presentar una reclamación personalmente, por correo postal o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, nuestro coordinador de derechos civiles está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja sobre derechos civiles en el portal para quejas de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos ingresando en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. Además, puede hacerlo por correo postal o por teléfono: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019 o 1-800-537-7697 (TDD).

Los formularios de quejas se encuentran disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

“Aetna” es el nombre comercial que se utiliza en los productos y servicios proporcionados por una o más de las compañías subsidiarias del grupo Aetna, entre las que se incluyen Aetna Life Insurance Company y sus filiales.

English	To access language services at no cost to you, call the number on your ID card.
Spanish	Para acceder a los servicios lingüísticos sin costo alguno, llame al número que figura en su tarjeta de identificación.
Vietnamese	Để sử dụng các dịch vụ ngôn ngữ miễn phí, vui lòng gọi số điện thoại ghi trên thẻ ID của quý vị.
Chinese Traditional	如欲使用免費語言服務，請撥打您健康保險卡上所列的電話號碼
German	Um auf den für Sie kostenlosen Sprachservice auf Deutsch zuzugreifen, rufen Sie die Nummer auf Ihrer ID-Karte an.
Korean	무료 다국어 서비스를 이용하려면 보험 ID 카드에 수록된 번호로 전화해 주십시오.
Lao	ເພື່ອເຂົ້າໃຊ້ບໍລິການພາສາທີ່ບໍ່ສອຄ່າ, ໃຫ້ໂທຫາເບີໂທລະສັບໃນບັດປະຈຳຕົວຂອງທ່ານ.
Arabic	للحصول على الخدمات اللغوية دون أي تكلفة، الرجاء الاتصال على الرقم الموجود على بطاقة اشتراكك.
Tagalog	Upang ma-access ang mga serbisyo sa wika nang walang bayad, tawagan ang numero sa iyong ID card.
Burmese	သင့်အနေဖြင့် အခကြေးငွေ မပေးရပဲ ဘာသာစကားဝန်ဆောင်မှုများ ရရှိနိုင်ရန်၊ သင့် ID ကတ်ပေါ်တွင်ရှိသော ဖုန်းနံပါတ်အား ခေါ်ဆိုပါ။
French	Pour accéder gratuitement aux services linguistiques, veuillez composer le numéro indiqué sur votre carte d'assurance santé.
Japanese	無料の言語サービスは、IDカードにある番号にお電話ください。
Russian	Для того чтобы бесплатно получить помощь переводчика, позвоните по телефону, приведенному на вашей идентификационной карте.
Hmong	Yuav kom tau kev pab txhais lus tsis muaj nqi them rau koj, hu tus naj npawb ntawm koj daim npav ID.
Persian Farsi	برای دسترسی به خدمات زبان به طور رایگان، با شماره قید شده روی کارت شناسایی خود تماس بگیرید.
Swahili	Kupata huduma za lugha bila malipo kwako, piga nambari iliyo kwenye kadi yako ya kitambulisho.