



Autorización para divulgar 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. La legislación federal y estatal protege la privacidad de su PHI. Al firmar este documento, usted **nos da su consentimiento**. Solamente divulgaremos la PHI que usted nos permita compartir. Asimismo, solo la compartiremos con las personas o agencias que usted enumere.

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. ¿Con quién se puede compartir la PHI?

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

AVISO PARA CUALQUIER PERSONA QUE NO SEA EL MIEMBRO:

La información divulgada a usted sobre ciertas afecciones, como el tratamiento por abuso de drogas o alcohol, el VIH o el sida y otras enfermedades de transmisión sexual, la salud del comportamiento y la información de marcador genético, está protegida por varias leyes federales y estatales que prohíben que usted divulgue esta información sin el consentimiento expreso por escrito de la persona a la cual pertenece o según lo permitan dichas leyes. Toda otra divulgación no autorizada que infrinja la ley estatal o federal puede tener como resultado una multa o una condena de encarcelamiento, o ambas. Para divulgar estos tipos de información, NO basta con una autorización general para divulgar información médica o de otro tipo. La norma federal estipulada en el título 42, parte 2, del Código de Reglamentaciones Federales restringe el uso de la información divulgada a los fines de investigar o procesar por un delito a un paciente que abusa del alcohol o de las drogas.

“Aetna” también incluye a sus compañías subsidiarias, filiales, empleados, agentes y subcontratistas.

3. ¿Qué tipo de PHI se puede divulgar?

Solamente divulgaremos la PHI **con su consentimiento**. Indíquenos el tipo de PHI marcando la casilla correspondiente.

- Cualquier información solicitada Información sobre salud (médica, dental, de farmacia y de la visión)
 Atención a largo plazo Registros sobre el manejo de pacientes

Información confidencial (puede incluir información de diagnóstico o tratamiento):

- Trastornos por uso de sustancias (alcohol o drogas) VIH o sida Enfermedades de transmisión sexual
 Salud mental o del comportamiento (EXCEPTO las notas de psicoterapia)
 Otro (explique): _____

4. ¿Por qué divulga esta PHI?

Motivo o finalidad:

5. Este formulario será válido durante 1 año, a menos que se indique un período más corto debajo.

Mi consentimiento es válido desde la siguiente fecha

_____ hasta el _____
 MM/DD/AAAA

_____ hasta el _____

_____ MM/DD/AAAA

Al firmar más abajo, entiendo y acepto lo siguiente:

- Puedo anular mi **consentimiento** notificando por escrito a la dirección que aparece en este formulario.
- En caso de que anule su **consentimiento**, esto no se aplicará a la PHI que ya haya sido compartida. Sin embargo, no seguiremos divulgando más su PHI.
- Mi oportunidad de inscribirme en el seguro no cambiará si no firmo este formulario.
- Es posible que quien reciba mi PHI la comparta con otras personas. Esto significa que es posible que las leyes no puedan proteger mi PHI.
- La PHI que se puede divulgar **con mi consentimiento** puede incluir lo siguiente:
 - información sobre enfermedades y tratamientos;
 - enfermedades crónicas;
 - enfermedades de salud mental o del comportamiento;
 - diagnóstico o tratamiento de trastornos por uso de sustancias (alcohol o drogas);
 - enfermedades transmisibles, enfermedades de transmisión sexual (como el VIH o el sida) o información de marcador genético.
- Puedo recibir una copia de este **consentimiento** solicitándola por escrito a la dirección que aparece en este formulario.
- Aetna divulgará mi PHI a quienes yo haya mencionado, y a ninguna otra persona, solo si firmo este formulario.

ATENCIÓN:

Si alguna de las siguientes opciones es correcta, debo firmar este formulario:

- Tengo 18 años de edad o más.
- Soy menor de 18 años y estoy casado o emancipado.
- El estado donde vivo me permite recibir tratamiento incluso si mis padres o tutores legales no están de acuerdo.
- Mi PHI compartida puede incluir una o más de las siguientes enfermedades:
 - enfermedades de salud mental o del comportamiento;
 - diagnóstico o tratamiento de trastornos por uso de sustancias (alcohol o drogas);
 - enfermedades de transmisión sexual (incluido el VIH y el sida);
 - salud reproductiva (incluida la anticoncepción, la atención prenatal y el aborto).

6. 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 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

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.