



# Cancelación de la autorización previamente otorgada a Aetna

Categoría ECHS - PHIA

La información médica protegida (PHI) se refiere a información sobre su salud. Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de su PHI. Estas leyes estipulan que no podemos proporcionarle su PHI a nadie más que a sus médicos y a otras personas que le brinden atención, a menos que usted lo **autorice**. Al firmar este documento, usted nos **autoriza** a eliminar de la lista a las personas o agencias que previamente autorizó para recibir su PHI.

## 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. ¿Qué autorización desea cancelar? (Marque el casillero correcto).

<input type="checkbox"/> Su <b>autorización</b> para que Aetna proporcione 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 eliminemos de la lista de quienes reciben su 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	

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

- Al cancelar mi **autorización**, las acciones que Aetna realizó antes de recibir esta solicitud no se verán afectadas.
- Puedo solicitar una copia de esta solicitud por escrito a la dirección que figura en este formulario.

Firma del miembro o del representante legal

Fecha

Nombre en letra de imprenta del representante legal del miembro (*si corresponde*)

**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 al Departamento de Servicios para Miembros al [1-855-232-3596](tel:1-855-232-3596) (TTY 711).**

**Firme y envíe este formulario completo a:**

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

**O envíelo por fax al: [859-280-1272](tel:859-280-1272)**

*Aetna cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo.*