



Solicitud de acceso a la información protegida de salud

La información protegida de salud hace referencia a la información sobre su salud. Para que podamos procesar la solicitud, debe completar y firmar esta forma.

1. ¿Quién es el miembro de Medicaid?

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

2. Descripción de un informe de la información protegida de salud

Una vez que recibamos esta forma de solicitud firmada, le enviaremos el informe de la información protegida de salud. El informe incluirá los últimos 24 meses de información protegida de salud que tengamos. Si quiere obtener información sobre diferentes fechas, indíquelas a continuación.

Desde: _____ Hasta: _____

Si recibe beneficios del plan de cuidado a largo plazo y desea que se le envíe esa información, marque la casilla correspondiente a continuación.

- ☐ Deseo que el informe incluya información del plan de LTC.
- ☐ Solo deseo que incluyan información del plan de LTC en el informe.

3. ¿Adónde le enviamos este informe de la información protegida de salud?

¿Quién recibirá este informe de la información protegida de salud?

- ☐ Miembro ☐ Representante legal del miembro ☐ Padre o madre biológicos o adoptivos del miembro

Nombre de la persona que recibe el informe (en letra de imprenta)

Dirección de la persona que recibe el informe

Ciudad, estado, código postal

Información importante:

- Al firmar esta forma, permito que Aetna entregue información protegida de salud sobre el miembro indicado en la **sección 1** a la persona identificada en la **sección 3**.
- Esta aprobación corresponde únicamente a esta solicitud.
- Este informe puede incluir información sobre enfermedades crónicas, enfermedades de salud emocional y psicológica, abuso de sustancias o alcohol, enfermedades transmisibles, enfermedades de transmisión sexual, VIH o sida, o información de marcador genético.
- Este informe de la información protegida de salud no incluye las notas de psicoterapia.
- La persona que recibe el informe puede volver a divulgar la información que contiene. Si ese es el caso, dicha información puede dejar de estar protegida por las leyes de privacidad federales o estatales.

4. Firma del miembro o del representante autorizado

Firma	Fecha
Nombre en letra de imprenta	
Si esta forma fue firmada por un representante legal, describa la relación (padre, madre, tutor legal, representante con poder legal, representante personal)	

Ser **representante autorizado** significa que tiene una prueba legal que demuestra que puede 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 menor de 18 años, su padre, madre o tutor legal deberán firmar en su nombre. Si usted es representante, además de firmar esta forma, debe enviar prueba legal que demuestre que puede actuar en nombre de esta persona.

¿Tiene preguntas? Podemos ayudarlo. **Comuníquese con Aetna al [1-800-279-1878](tel:1-800-279-1878) (TTY: [711](tel:1-800-279-1878)).**

Firme y envíe la forma que ha completado a: Aetna HIPAA Member Rights Team
PO Box 14079
Lexington, KY 40512-4079

También puede enviarla por fax al [1-859-280-1272](tel:1-859-280-1272).

Le responderemos en 30 días.