



Revocación de autorización previamente otorgada a Aetna

La información protegida de salud hace referencia a la información sobre su salud. Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de su información protegida de salud. Las leyes nos prohíben compartir esta información con terceros, a menos que sean sus médicos u otras personas que se ocupen de su cuidado, salvo que usted nos dé su **autorización**. Al firmar este documento, usted nos da su **autorización** para dejar de compartir su información protegida de salud con las personas o agencias que nos había indicado anteriormente.

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. ¿Qué autorización quiere cancelar? (Marcar la casilla que corresponda).

☐	Su autorización para que Aetna comparta su información protegida de salud con otras personas o agencias.
☐	Su autorización para que Aetna solicite su información protegida de salud a otras personas o agencias.

3. ¿Quiénes son las personas o agencias que ya no quiere que accedan a su información protegida de salud?

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 más abajo, entiendo y estoy de acuerdo con lo siguiente:

- Si cancelo la **autorización**, eso no afectará las medidas que Aetna haya tomado antes de recibir esta solicitud.
- Puedo recibir una copia de esta solicitud pidiéndola por escrito a la dirección que aparece en esta forma.

Firma del miembro o del representante legal

Fecha

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

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).