



## 6. Al firmar a continuación, entiendo y estoy de acuerdo con lo siguiente:

- La información protegida de salud que acepto compartir puede ser confidencial. Puede incluir información sobre diagnósticos y tratamientos, sobre enfermedades crónicas, afecciones de salud del comportamiento o por abuso de alcohol o drogas. También puede incluir información sobre enfermedades transmisibles, enfermedades de transmisión sexual, como VIH o sida, o información de marcador genético.
- Es posible que quien reciba mi información protegida de salud la comparta con otras personas. Eso significa que mi información podría dejar de estar protegida por las leyes estatales o federales sobre privacidad.
- Puedo recibir una copia de este formulario de autorización que he firmado. Para ello, debo enviarle a Aetna una solicitud firmada a la dirección que figura al final de este formulario.
- Aetna no divulgará mi información protegida de salud a las personas o compañías mencionadas en la sección 2, a menos que yo haya firmado este formulario.
- Puedo cambiar mi decisión o cancelarla en cualquier momento. Debo hacerlo por escrito y enviarla a Aetna, a la dirección que figura al final de este formulario.
- Si cancelo la autorización, eso no afectará las medidas que Aetna haya tomado antes de recibir mi solicitud.
- No firmar este formulario no afectará mi capacidad para inscribirme.
- Mi elegibilidad para recibir beneficios y servicios no se verá afectada si no firmo este formulario.

## ATENCIÓN:

Se necesita mi firma en los siguientes casos:

- Soy mayor de 18 años de edad.
- Soy menor de 18 y estoy casado o emancipado.
- La información que se divulga está relacionada con un tratamiento por abuso de drogas o alcohol.
- La información que se divulga está relacionada con una de las siguientes enfermedades y el estado me permite recibir tratamiento, aunque mis padres o tutores legales no estén de acuerdo con mi decisión:
  - salud mental;
  - enfermedades de transmisión sexual (se incluyen el VIH o sida);
  - Salud reproductiva (se incluyen la anticoncepción, la atención prenatal y el aborto);
  - salud médica y dental en general.

## 7. Mi firma o la de mi representante legal.

Firma	Fecha
Nombre en letra de imprenta	
Si un representante legal firma este formulario, describa su relación con este: (padre o madre, tutor legal, apoderado, representante personal)	

- Si el representante legal del miembro firma esta solicitud, debe entregar el documento legal pertinente que lo autoriza a actuar en nombre del miembro (por ejemplo, un poder legal, un documento que certifique la tutela legal o la designación de representante personal).
- Si presenta esta solicitud en nombre de un menor, es posible que le pidamos información adicional para completar la solicitud.

Complete este formulario, firmelo y envíelo a la siguiente dirección:

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

También puede enviarlo por fax: **859-280-1272**

Cumplimos con las leyes de derechos civiles federales vigentes y no discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Tampoco excluimos a las personas ni las tratamos de manera diferente por los motivos antes mencionados. Si no habla inglés, se encuentran disponibles servicios gratuitos de asistencia de idiomas. Visite nuestro sitio web o llame al número de teléfono que figura en este material.

Además, con su plan de salud se brindan ayuda y servicios auxiliares gratuitos cuando sean necesarios, para que las personas con discapacidad tengan las mismas oportunidades que las demás de comunicarse con nosotros de manera eficaz. Con su plan de salud, también se proporcionan servicios gratuitos de asistencia de idiomas para personas con dominio limitado del inglés. Si necesita estos servicios, llame a Servicios al Cliente al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación para los beneficios.

Si cree que no brindamos estos servicios o se lo ha discriminado de alguna otra forma por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal a nuestro Departamento de Quejas Formales (escriba a la dirección que figura en la *Evidencia de cobertura*). También puede presentar una queja formal por teléfono, llamando al número de Servicios al Cliente que aparece en su tarjeta de identificación para los beneficios (TTY: 711). Si necesita ayuda para presentar una queja formal, llame al Departamento de Servicios al Cliente al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación para los beneficios.

También puede presentar una queja sobre los derechos civiles a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., a través de este sitio web:

[https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/complaint\\_frontpage.jsf](https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/complaint_frontpage.jsf).

**ESPAÑOL (SPANISH):** Si habla un idioma que no sea inglés, se encuentran disponibles servicios gratuitos de asistencia de idiomas. Visite nuestro sitio web o llame al número de teléfono que figura en este documento.

**繁體中文 (CHINO):** 如果您使用英文以外的語言，我們將提供免費的語言協助服務。請瀏覽我們的網站或撥打本文件中所列的電話號碼。