

Mi registro de salud es confidencial y, por ley, constituye "información protegida de salud".

Al completar y firmar este formulario, acepto (o mi representante legal acepta) permitirle a Aetna compartir mi información protegida de salud con las personas o compañías mencionadas a continuación. Con "Aetna" también me refiero a las compañías subsidiarias y afiliadas, y a los empleados, agentes y subcontratistas. COMPLETE LAS SECCIONES EN SU TOTALIDAD.

1. Información personal

Mi nombre	Apellido	Inicial del segundo nombre
Mi número de identificación de miembro	Mi fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Mi número de teléfono
Calle	Ciudad, estado, código postal	

2. Aetna puede compartir mi información protegida de salud con las siguientes personas o compañías:

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

3. Aetna SOLO puede compartir los registros elegidos de la lista que figura a continuación.

Debe marcar todos los tipos de información que quiere que se compartan. Esta autorización no puede utilizarse para compartir notas de psicoterapia.

☐ Información de salud (médica, dental, de farmacia, de la visión y de la cuenta de gastos flexible)

☐ Registros sobre la atención a largo plazo ☐ Registros sobre el manejo de pacientes

☐ Información sobre trastorno por uso de sustancias (alcohol o drogas) ☐ Información sobre VIH y sida

☐ Información sobre enfermedades de transmisión sexual

☐ Información sobre salud del comportamiento o salud mental (EXCEPTO las notas de psicoterapia)

☐ Otros servicios culturalmente sensibles (como cuidado para la reafirmación de género o salud sexual o reproductiva)

☐ Otro (explique) _____

4. Al firmar este formulario, autorizo a Aetna a divulgar la información de más abajo con el siguiente propósito.

Marque una de las siguientes opciones:

☐ Por solicitud mía (sin un propósito específico) ☐ Propósito específico: _____

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

Mi autorización es válida desde el _____ hasta el _____
MM/DD/AAAA MM/DD/AAAA

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, fírmelo 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](tel:859-280-1272)