



# Autorización para divulgar información protegida de salud

ECHS Category - PHIA

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**

Aetna cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina, excluye ni trata de manera diferente a ningún individuo por su raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad.

Aetna brinda servicios y asistencia gratuitos a las personas con discapacidades y a las que necesitan asistencia de idioma.

Si necesita un intérprete calificado, la información escrita en un formato alternativo, servicios de traducción u otro tipo de servicios, llame al número que figura en su tarjeta de identificación.

Si cree que no brindamos estos servicios de manera adecuada o que discriminamos por alguna de las características mencionadas más arriba, puede comunicarse con el Civil Rights Coordinator y presentarle una reclamación:

Civil Rights Coordinator,

P.O. Box 14462, Lexington, KY 40512 (clientes de CA HMO: P.O. Box 24030 Fresno, CA 93779),  
1-800-648-7817, TTY: 711

Fax: 859-425-3379 (clientes de CA HMO: 860-262-7705), [CRCoordinator@aetna.com](mailto:CRCoordinator@aetna.com).

También puede presentar una queja en el portal de quejas en Internet de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por escrito a U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509 F, HHH Building, Washington, DC 20201. Además, puede llamar al 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

*Aetna es el nombre comercial que se utiliza en los productos y servicios proporcionados por una o más de las compañías subsidiarias del grupo Aetna, entre las que se incluyen Aetna Life Insurance Company, los planes de Coventry Health Care y sus compañías afiliadas (Aetna).*



Hindi	बिना किसी कीमत के भाषा सेवाओं का उपयोग करने के लिए, अपने आईडी कार्ड पर दिए नंबर पर कॉल करें।
Hmong	Yuav kom tau kev pab txhais lus tsis muaj nqi them rau koj, hu tus naj npawb ntawm koj daim npav ID.
Igbo	Inweta enyemaka asụsụ na akwughi ụgwọ obụla, kpọọ nọmba nọ na kaadi njirimara gi
Ilocano	Tapno maakses dagiti serbisio ti pagsasao nga awanan ti bayadna, awagan ti numero nga adda ayan ti ID kardmo.
Indonesian	Untuk mengakses layanan bahasa tanpa dikenakan biaya, silakan hubungi nomor telepon di kartu asuransi Anda.
Italian	Per accedere ai servizi linguistici senza alcun costo per lei, chiami il numero sulla tessera identificativa.
Japanese	無料の言語サービスは、IDカードにある番号にお電話ください。
Karen	လၢၣ်တၢ်ကမၤ ကျိၣ်တၢ်မၤၣ်တၢ်ဖံးတၢ်မၤတဖၣ် လၢၣ်တၢ်အိၣ်ဒီးအပူၤလၢၣ်နကဘၣ်ဟ့ၣ်အိၣ်အကျိၣ်ကိးဘၣ်လိတဲၣ်စိနီၣ်ကံၤလၢၣ်အိၣ်လၢၣ်နခိၣ်ဂီၤ ဗ (၅၅) အလိၣ်တၢ်ကၤၤ
Korean	무료 다국어 서비스를 이용하려면 보험 ID 카드에 수록된 번호로 전화해 주십시오.
Kru-Bassa	I nyuu kosna mahola ni language services ngui nsaa wogui wo, sebel i nsinga i ye ntilga i kat yong matibla
Kurdish	بۆ دەسپێرێت گەشتن بە خزمەتگۆزارێ زمان بەبێ تێچوون بۆ تۆ، پەیوەندی بکە بە ژمارەی سەر ئای دی (ID) کارتێ خۆت.
Lao	ເພື່ອເຂົ້າເຖິງບໍລິການພາສາທີ່ບໍ່ເສຍຄ່າ, ໃຫ້ໂທຫາເບີໂທຢູ່ໃນບັດປະຈຳຕົວຂອງທ່ານ.
Marathi	आपल्याला कोणत्याही शुल्काशिवाय भाषा सेवांपर्यंत पोहोचण्यासाठी, आपल्या ID कार्डवरील क्रमांकावर फोन करा.
Marshallese	Nan bōk jipañ kōn kajin ilo an ejjelōk wōñean ñan kwe, kwōn kallok nōmba eo ilo kaat in ID eo am.
Micronesian-Ponapean	Pwehn alehdi sawas en lokaia kan ni sohte pweipwei, koahlih nempe nan amhw doaropwe en ID.
Mon-Khmer, Cambodian	ដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មភាសាដែលឥតគិតថ្លៃសម្រាប់លោកអ្នក សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់លេខដែលមាននៅលើប័ណ្ណសម្គាល់ខ្លួនរបស់លោកអ្នក។
Navajo	T'áá ni nizaad k'ehjí bee níká a'doowoł doo búááh ílínígóó naaltsoos bee atah níłjigo nanitinígíí bee néého'dółzinígíí béesh bee hane'í biká'ígíí áajj' hólne'.
Nepali	भाषासम्बन्धी सेवाहरूमाथि निःशुल्क पहुँच राख्न आफ्नो कार्डमा रहेको नम्बरमा कल गर्नुहोस्।
Nilotic-Dinka	Të koor yin ran de wëër de thokic ke cïn wëu kor keek tënɔŋ yin. Ke yin col ran ye koc kuony në namba de abac tō në ID kard duɔn de tīt de nyin de panakim köu.
Norwegian	For tilgang til kostnadsfri språktjenester, ring nummeret på ID-kortet ditt.
Pennsylvanian-Dutch	Um Schprooch Services zu griege mitaus Koscht, ruff die Nummer uff dei ID Kaart.
Persian Farsi	برای دسترسی به خدمات زبان به طور رایگان، با شماره قید شده روی کارت شناسایی خود تماس بگیرید.
Polish	Aby uzyskać dostęp do bezpłatnych usług językowych, należy zadzwonić pod numer podany na karcie identyfikacyjnej.
Portuguese	Para aceder aos serviços linguísticos gratuitamente, ligue para o número indicado no seu cartão de identificação.

