



Autorización para divulgar información protegida de salud

ECHS Category - PHIA

La **información protegida de salud (PHI)** hace referencia a la información sobre su salud. Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de su PHI. Al firmar este documento, usted **nos da su consentimiento**. Solo divulgaremos la PHI que usted nos permita compartir. Y solo la compartiremos con las personas o agencias que usted mencione.

1. ¿Quién es el miembro de Medicaid?

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

2. ¿Con quién se puede compartir la PHI?

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	

Al firmar más abajo, entiendo y acepto lo siguiente:

- Puedo anular mi **consentimiento** escribiendo a la dirección que aparece en esta forma.
- En caso de que anule su **consentimiento**, esto no se aplicará a la PHI que ya haya sido compartida. Sin embargo, no seguiremos divulgando más su PHI.
- Mi oportunidad de inscribirme en un seguro no cambiará si no firmo esta forma.
- Es posible que quien reciba mi PHI la comparta con otras personas. Esto significa que es posible que las leyes no puedan proteger mi PHI.
- La PHI que se puede divulgar **con mi consentimiento** puede incluir lo siguiente:
 - información sobre enfermedades y tratamientos;
 - información sobre enfermedades crónicas;
 - información sobre trastornos de salud mental o de salud emocional y psicológica;
 - información sobre el diagnóstico o tratamiento de trastornos por uso de sustancias (alcohol o drogas);
 - información sobre enfermedades transmisibles, enfermedades de transmisión sexual (como el VIH o el sida) e información de marcadores genéticos.
- Puedo recibir una copia de este **consentimiento** solicitándola por escrito a la dirección que aparece en esta forma.
- Debo firmar esta forma para que Aetna comparta mi PHI con quienes yo haya mencionado.

ATENCIÓN:

Si alguna de las siguientes opciones es correcta, debo firmar esta forma:

- Tengo 18 años de edad o más.
- Soy menor de 18 años y estoy casado o emancipado.
- El estado donde vivo me permite recibir tratamiento incluso si mis padres o tutores legales no están de acuerdo.
- Mi PHI compartida puede incluir una o más de las siguientes enfermedades:
 - trastornos de salud mental o de salud emocional y psicológica;
 - diagnóstico o tratamiento de trastornos por uso de sustancias (alcohol o drogas);
 - enfermedades de transmisión sexual (incluidos el VIH y el sida);
 - salud reproductiva (incluida la anticoncepción, el cuidado prenatal y el aborto).

6. 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 ayudar. Comuníquese con Aetna:

Medicaid	<u>1-800-441-5501</u>
Cuidado a largo plazo	<u>1-844-645-7371</u>
Florida Healthy Kids	<u>1-844-528-5815</u>

Firme y envíe esta forma completa a la siguiente dirección: **Aetna HIPAA Member Rights**
P.O. Box 14079
Lexington, KY 40512-4079

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



AETNA BETTER HEALTH® OF FLORIDA

Aviso de no discriminación

Aetna cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Aetna no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Aetna:

- Brinda ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - o Intérpretes de lenguaje de señas calificados
 - o Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Brinda servicios de idiomas gratuitos a las personas cuya lengua materna no sea inglés, como los siguientes:
 - o Intérpretes calificados
 - o Información escrita en otros idiomas

Si necesita un intérprete calificado, información escrita en otros formatos, servicios de traducción u otros servicios, comuníquese con el número que aparece en su tarjeta de identificación o [1-800-385-4104](tel:1-800-385-4104).

Si considera que Aetna no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de alguna otra manera por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante nuestro Coordinador de Derechos Civiles:

Dirección: Attn: Civil Rights Coordinator
 PO Box 818001
 Cleveland OH 44181-8001

Teléfono: [1-888-234-7358](tel:1-888-234-7358) (TTY [711](tel:1-888-234-7358))

Correo electrónico: MedicaidCRCoordinator@aetna.com

Puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, nuestro Coordinador de Derechos Civiles está disponible para ayudarle.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Sociales de EE. UU., Oficina de Derechos Civiles, de manera electrónica a través del portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, [1-800-368-1019](tel:1-800-368-1019), [1-800-537-7697](tel:1-800-537-7697) (TDD).

Los formularios de reclamo están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Aetna es la marca que se utiliza para los productos y servicios proporcionados por uno o más de los grupos de compañías subsidiarias de Aetna, lo que incluye a Aetna Life Insurance Company, y sus filiales.

Multi-language Interpreter Services

ENGLISH: ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call the number on the back of your ID card or [1-800-385-4104](tel:1-800-385-4104) (TTY: [711](tel:711)).

SPANISH: ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al número que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación o al [1-800-385-4104](tel:1-800-385-4104) (TTY: [711](tel:711)).

FRENCH CREOLE: ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd nan lang ou pale a ki disponib gratis pou ou. Rele nan nimewo ki sou do kat Idantifikasyon (ID) w la oswa rele nan [1-800-385-4104](tel:1-800-385-4104) (TTY: [711](tel:711)).

VIETNAMESE: CHÚ Ý: nếu bạn nói tiếng việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Hãy gọi số có ở mặt sau thẻ id của bạn hoặc [1-800-385-4104](tel:1-800-385-4104) (TTY: [711](tel:711)).

PORTUGUESE: ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para o número que se encontra na parte de trás do seu cartão de identificação ou [1-800-385-4104](tel:1-800-385-4104) (TTY: [711](tel:711)).

CHINESE: 注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電您的 ID 卡背面的電話號碼或 [1-800-385-4104](tel:1-800-385-4104) (TTY: [711](tel:711))。

FRENCH: ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le numéro indiqué au verso de votre carte d'identité ou le [1-800-385-4104](tel:1-800-385-4104) (ATS: [711](tel:711)).

TAGALOG: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng wikang Tagalog, mayroon kang magagamit na mga libreng serbisyo para sa tulong sa wika. Tumawag sa numero na nasa likod ng iyong ID card o sa [1-800-385-4104](tel:1-800-385-4104) (TTY: [711](tel:711)).

RUSSIAN: ВНИМАНИЕ: если вы говорите на русском языке, вам могут предоставить бесплатные услуги перевода. Позвоните по номеру, указанному на обратной стороне вашей идентификационной карточки, или по номеру [1-800-385-4104](tel:1-800-385-4104) (TTY: [711](tel:711)).

ARABIC:

ملحوظة: إذا كنت تتحدث باللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل على الرقم الموجود خلف بطاقتك الشخصية أو على [1-800-385-4104](tel:1-800-385-4104) للصم والبكم: [711](tel:711)).

ITALIAN: ATTENZIONE: Nel caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuita. Chiamare il numero sul retro della tessera oppure il numero [1-800-385-4104](tel:1-800-385-4104) (utenti TTY: [711](tel:711)).

GERMAN: ACHTUNG: Wenn Sie deutschen sprechen, können Sie unseren kostenlosen Sprachservice nutzen. Rufen Sie die Nummer auf der Rückseite Ihrer ID-Karte oder [1-800-385-4104](tel:1-800-385-4104) (TTY: [711](tel:711)) an.

KOREAN: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 귀하의 ID 카드 뒷면에 있는 번호로나 [1-800-385-4104](tel:1-800-385-4104) (TTY: [711](tel:711)) 번으로 연락해 주십시오.

POLISH: UWAGA: Jeśli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer podany na odwrocie Twojego identyfikatora lub pod number [1-800-385-4104](tel:1-800-385-4104) (TTY: [711](tel:711)).

GUJARATI: ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નન:શુલ્ક ભયાષયા સહયાતયા સેવયાઓ તમયારયા મયાટે ઉપલબ્ધ છે.

તમયારયા આઈડી ક્રયાડેનની પયાછળ આપેલયા નંબર પર અથવયા [1-800-385-4104](tel:1-800-385-4104) પર કોલ કરો (TTY: [711](tel:711)).

THAI: ข้อควรระวัง: ถ้าคุณพูดภาษาไทย คุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทรติดต่อ หมายเลขที่อยู่ ด้านหลังบัตร ID ของคุณ หรือหมายเลข [1-800-385-4104](tel:1-800-385-4104) (TTY: [711](tel:711)).