

 **Solicitud de acceso a la información médica protegida (PHI)**

Categoría ECHS - PHIA

La información médica protegida (Protected Health Information, PHI) es la información sobre su salud. Se debe llenar y firmar este formulario para procesar esta solicitud.

**1. ¿Quién es el afiliado de Medicaid?**

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

**2. Descripción del informe de PHI**

Cuando recibamos este formulario de solicitud firmado, le entregaremos el informe de la PHI. El informe contendrá los últimos 24 meses de información médica protegida que tenemos. Si desea la PHI de diferentes fechas, complete las fechas a continuación.

Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_

Si tiene beneficios de atención a largo plazo (Long Term Care, LTC) y desea esa información, marque la casilla correcta a continuación.

Deseo que el informe incluya la información de la LTC  Solo deseo que la información de la

**3. ¿A dónde desea que se envíe este informe de PHI?**

¿Quién recibe este informe de PHI?

Afiliado  Representante legal del afiliado  Padre biológico o adoptivo del afiliado

Nombre en letra de imprenta del destinatario

Calle del destinatario

Ciudad, estado, código postal

**Información importante:**

- Al firmar este formulario, autorizo a Aetna a entregar la PHI sobre el afiliado mencionado en la **Sección 1** al destinatario mencionado en la **Sección 3**.
- Esta aprobación es solo para esta solicitud.
- Este informe puede incluir información sobre enfermedades crónicas, afecciones de salud conductual, abuso de alcohol o sustancias, enfermedades contagiosas, enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA o marcadores genéticos.
- Este informe de PHI no incluye notas de psicoterapia.
- El destinatario puede volver a divulgar la información de este informe y es posible que ya no esté protegida por las leyes de privacidad federales o estatales.

**4. Firma del afiliado o representante autorizado**

Firma	Fecha
Nombre en letra de imprenta	
Si un representante legal firmó este formulario, describa la relación: (padre, tutor legal, poder, representante personal)	

**Representante autorizado** significa que tiene evidencia legal de que puede actuar en nombre de esta persona. Un representante firma por una persona que no puede firmar legalmente por sí misma. Si el afiliado es menor de 18 años, un padre o tutor debe firmar por él. Si usted es un representante que firma este formulario, debe enviar evidencia legal de que puede actuar por esta persona.

¿Tiene alguna pregunta? Podemos ofrecerle ayuda. Llame a Aetna al: 1-866-329-4701.

**Firme y devuelva este formulario completado a: Aetna HIPAA Member Rights Team  
PO Box 14079  
Lexington, KY 40512-4079 O**

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

Espere nuestra respuesta en un plazo de 30 días.

## Aviso de no discriminación

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

Aetna:

- Provee asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera efectiva con nosotros, tales como:
  - o Intérpretes calificados de lenguaje de señas.
  - o Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Provee servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como:
  - o Intérpretes calificados.
  - o Información escrita en otros idiomas.

Si necesita un intérprete calificado, información escrita en otros formatos, traducción u otros servicios, llame al número que aparece en su tarjeta de identificación o al **1-800-385-4104**.

Si cree que Aetna no le proveyó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo ante nuestro Coordinador de Derechos Civiles en:

Dirección:     Attn: Civil Rights Coordinator  
                  4500 East Cotton Center Boulevard  
                  Phoenix, AZ 85040  
Teléfono:     **1-888-234-7358 (TTY 711)**  
Correo         MedicaidCRCoordinator@aetna.com  
electrónico  
:

Puede plantear una queja en persona, por correo postal o correo electrónico. Si necesita ayuda para plantear una queja, nuestro Coordinador de Derechos Civiles está a la orden.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., electrónicamente a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correo o por 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, 1-800-537-7697 (TDD).

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

Aetna es el nombre comercial utilizado para los productos y servicios proporcionados por una o más de las compañías subsidiarias del grupo Aetna, incluyendo Aetna Life Insurance Company y sus afiliadas.

## Servicios de interpretación de varios idiomas

**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** (TTY: **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** (TTY: **711**).

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

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

**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** (TTY: **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** (للصم والبكم: **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** (TTY: **711**).

**GUJARATI: ધ્યાન આપો:** જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. તમારા આઈડી કાર્ડની પાછળ આપેલા નંબર પર અથવા **1-800-385-4104** પર કૉલ કરો. (TTY: **711**).

**URDU:** توجہ دیں: اگر آپ اردو زبان بولتے ہیں، تو زبان سے متعلق مدد کی خدمات آپ کے لئے مفت دستیاب ہیں۔ اپنے شناختی کارڈ کے پیچھے موجود نمبر پر یا **1-800-385-4104** (TTY: **711**) پر رابطہ کریں۔

**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** (TTY: **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** (utenti TTY: **711**).

**HINDI: ध्यान दें:** यदि आप हिंदी भाषा बोलते हैं तो आपके लिए भाषा सहायता सेवाएं नि:शुल्क उपलब्ध हैं। अपने आईडी कार्ड के पृष्ठ भाग में दिए गए नम्बर अथवा **1-800-385-4104** (TTY: **711**) पर कॉल करें।

**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** (ATS: **711**).

**GREEK: ΠΡΟΣΟΧΗ:** Εάν μιλάτε Ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε τον αριθμό που θα βρείτε στο πίσω μέρος της ταυτότητάς σα ή στο **1-800-385-4104** (Λειτουργία TTY: **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** (TTY: **711**) an.