Autorización para la divulgación de información médica protegida (PHI)

La información médica protegida (PHI) se refiere a información sobre su salud. Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de su PHI. Al firmar este documento, usted nos brinda su **autorización**. Solo divulgaremos aquella PHI que usted autorice. Y solo se la otorgaremos a las personas o agencias que usted indique.

1. ¿Quién es el miembro de Medicaid?

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

2. ¿A quién se le puede entregar la PHI?

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

AVISO PARA PERSONAS QUE NO SEAN EL MIEMBRO:

La información divulgada sobre ciertas afecciones, como tratamiento por abuso de alcohol o drogas, VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual, información sobre salud conductual e información sobre marcadores genéticos está protegida en virtud de diversas leyes federales y estatales que prohíben que usted divulgue aún más esta información sin el consentimiento expreso por escrito de la persona a quien pertenece o, de otro modo, conforme a lo permitido por dichas leyes. Cualquier divulgación no autorizada que infrinja las leyes estatales o federales puede resultar en multas, sentencia de prisión o ambas sanciones. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO constituye el consentimiento suficiente para la divulgación de este tipo de información. La norma federal del Título 42 del CFR Parte 2 restringe el uso de la información divulgada para investigar o procesar penalmente a un paciente que haya exhibido abuso de alcohol o de drogas.

3. ¿Qué PHI podemos compartir?

Solo divulgaremos la PHI que usted **autorice**. Marque la casilla para indicar qué tipo de PHI nos autoriza a divulgar.

- ☐ Cualquier información solicitada
- ☐ Información de salud (médica, dental, farmacéutica y de la visión)
- ☐ Atención a largo plazo
- ☐ Registros de administración de pacientes

Información confidencial: (esta información puede incluir información sobre los diagnósticos o los tratamientos)

- ☐ Behavioral/Mental health conditions, but NOT psychotherapy notes
- ☐ Diagnóstico y tratamiento de trastornos por abuso de sustancias, pero NO las notas de psicoterapia o de asesoramiento relacionadas con el diagnóstico y el tratamiento de trastornos por abuso de sustancias
- ☐ Otro tipo de información (explique): _____

4. ¿Por qué divulga esta PHI?

Motivo o propósito:

5. Este formulario es válido durante 1 año, a menos que indique un período más corto a continuación.

Mi AUTORIZACIÓN es válida desde:	hasta	
MM/DD/AAAA		MM/DD/AAAA

Al firmar a continuación, comprendo y acepto lo siguiente:

- Puedo retirar mi **autorización** escribiendo a la dirección que se encuentra en este formulario.
- Si retira su **autorización**, no recuperará la PHI que ya hayamos divulgado. No obstante, no volveremos a compartir su PHI.
- Mi posibilidad de inscribirme al seguro no cambiará si no firmo este formulario.
- Quien obtenga mi PHI puede compartirla con otras personas. Eso significa que las leyes podrían no proteger mi PHI.
- La PHI que **autorizo** a compartir puede incluir lo siguiente:
  - Información sobre afecciones médicas y tratamiento
  - Enfermedades crónicas
  - Afecciones de salud mental
  - Diagnóstico o tratamiento de trastornos por abuso de sustancias
  - Enfermedades transmisibles, enfermedades de transmisión sexual (VIH/sida) e información sobre marcadores genéticos
- Puedo solicitar una copia de esta **autorización** escribiendo a la dirección que figura en este formulario.
- Aetna no divulgará mi PHI con quien yo mencioné, a menos que firme este formulario; no la compartirá con nadie más.

ATENCIÓN:

Debo firmar este formulario si ocurre algo de lo siguiente.

- Tengo 18 años o más.
- Tengo menos de 18 años y estoy casado/a o emancipado/a.
- Mi estado me permite recibir tratamiento, incluso si mis padres o tutor legal no están de acuerdo.
- La PHI sobre mí que se va a divulgar puede incluir una o más de las siguientes afecciones:
  - Diagnóstico o tratamiento de trastornos por abuso de sustancias
  - Afecciones de salud mental
  - Enfermedades de transmisión sexual (que incluye VIH/SIDA)
  - Salud reproductiva (incluidos métodos anticonceptivos, atención prenatal y aborto)

6. Firma del miembro o del representante autorizado.

Firma	Fecha
Nombre en letra de imprenta	
Si un representante legal firmó este formulario, describa la relación que los vincula: (padre, tutor legal, persona con poder de representación, representante personal).	

"Aetna" también incluye las subsidiarias, las filiales, los empleados, los agentes y los subcontratistas de Aetna.

Representante autorizado significa que usted cuenta con evidencia legal que indica que puede actuar en nombre de esta persona. Un representante firma en nombre de una persona que, legalmente, no puede firmar por sí misma. Si el miembro es menor de 18 años, el padre o tutor legal debe firmar en nombre del menor. Si usted es un representante, cuando firma este formulario, debe enviar la evidencia legal que indica que puede actuar en nombre de esta persona.

¿Tiene alguna pregunta? **Nosotros podemos ayudarle. Llame a Aetna al 1-866-827-2710**.

Firme y envíe este formulario completo a la dirección que figura debajo:

Aetna Better Health of Maryland
ATTN: Member Services
10320 Little Patuxent Parkway, Suite 600
Columbia, MD 21044

O envíelo por fax al siguiente número: 859-280-1272