



Autorización para la divulgación de información médica protegida (PHI)

Categoría ECHS - PHIA

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.

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

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)

Información de salud mental, pero NO las notas de psicoterapia

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

Atención a largo plazo

Registros de administración de pacientes

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).	

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 Better Health® of Maryland 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
509 Progress Drive, Suite 117
Linthicum, MD 21090**

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

AETNA BETTER HEALTH® OF MARYLAND

Declaración de no discriminación

La política de Aetna Better Health of Maryland es no discriminar por cuestiones de raza, color, nacionalidad, sexo, edad ni discapacidad. Aetna Better Health of Maryland ha adoptado un procedimiento interno de quejas que brinda una solución rápida y equitativa a los reclamos relacionados con cualquier acción prohibida por la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud de Bajo Costo (42 U.S.C. 18116) y sus reglamentaciones de implementación en la Parte 92 del Título 45 del Código Federal de Regulaciones (CFR), emitido por el Departamento de Salud y Servicios Sociales de los EE. UU. La Sección 1557 prohíbe la discriminación por cuestiones de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad en ciertos programas y actividades de salud. La Sección 1557 y sus reglamentaciones de implementación pueden analizarse en la oficina del Coordinador de Derechos Civiles, 4500 East Cotton Center Boulevard, Phoenix, AZ 85040; teléfono: **1-888-234-7358 (TTY 711)**; correo electrónico: MedicaidCRCoordinator@aetna.com; quien ha sido designado para coordinar los esfuerzos de Aetna Better Health para cumplir con la Sección 1557.

Cualquier persona que crea que alguien ha sido víctima de discriminación por cuestiones de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad puede presentar una queja según lo dispone este procedimiento. Es contra la ley que Aetna Better Health of Maryland tome represalias contra cualquier persona que se oponga a la discriminación, presente una queja o participe en la investigación de una queja.

Procedimiento:

- Las quejas deben enviarse al Coordinador de la Sección 1557 en el plazo de 60 días luego de la fecha en que la persona que presente la queja haya tomado conocimiento de la supuesta acción discriminatoria.
- El reclamo debe presentarse por escrito y contener el nombre y la dirección de la persona que lo presente. El reclamo debe describir el problema o la supuesta acción discriminatoria y la compensación o alivio pretendidos.
- El Coordinador de la Sección 1557 (o su representante) llevará a cabo una investigación del reclamo. Si bien esta investigación es informal, será exhaustiva y les dará a todas las personas involucradas la oportunidad de presentar evidencia relevante para el reclamo. El coordinador de la Sección 1557 conservará los archivos y registros de Aetna Better Health of Maryland que se relacionen con dichas quejas. En la medida de lo posible, y de acuerdo con la ley aplicable, el Coordinador de la Sección 1557 seguirá los pasos necesarios para preservar la confidencialidad de los archivos y los registros relacionados con quejas y los compartirá solo con aquellos que necesiten tal información.
- El Coordinador de la Sección 1557 emitirá una decisión por escrito en relación con la queja, basada en la consideración de la evidencia, en un plazo de no más de 30 días luego de su presentación, incluido un aviso dirigido a quien haya presentado el reclamo en el cual se le informe sobre su derecho a buscar otras soluciones administrativas o legales.

La disponibilidad y el uso de este procedimiento de quejas no impiden que una persona busque otras soluciones administrativas o legales, incluida la presentación de un reclamo por discriminación por cuestiones de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad en un tribunal o ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los EE. UU. Una persona puede presentar un reclamo de discriminación 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, DC 20201. 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD).

Los formularios de reclamos están disponibles en: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>. Dichos reclamos deben presentarse en un plazo de 180 días a partir del supuesto acto de discriminación.

Aetna Better Health of Maryland se encargará de tomar las medidas necesarias para garantizar que las personas con discapacidades y las personas con un dominio limitado del inglés reciban ayuda y servicios auxiliares o servicios de asistencia de idiomas, respectivamente, si es necesario para que participen de este proceso de presentación de quejas. Estas medidas pueden incluir, de manera no taxativa, brindar servicios de intérpretes calificados, proporcionar cintas de casete del material para personas con visión escasa, o garantizar una ubicación sin obstáculos para los procedimientos. El Coordinador de la Sección 1557 estará a cargo de dichas medidas.

Language accessibility statement

Interpreter services are available for free.

Español/Spanish

Atención: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-385-4104** (TTY: **711**).

አማርኛ/Amharic

ልብ ይበሉ: አማርኛ ቋንቋ የሚናገሩ ከሆነ፣ የትርጉም ድጋፍ ሰጪ ድርጅቶች፣ ያለምንም ክፍያ እርስዎን ለማገልገል ተዘጋጅተዋል። የሚከተለው ቁጥር ላይ ይደውሉ **1-800-385-4104** (መስማት ለተሳናቸው: **711**).

العربية/Arabic

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-800-385-4104** (رقم الهاتف النصي: **711**).

Bàsòbò Wùdù/Bassa

Dè dè nià kè dyédè gbo: ɔ jũ kè m̄ dyi Bàsòbò-wùdù-po-nyò jũ ni, niì à wuɖu kà kò d̀ò po-poò b̄è m̄ gbo kpáa. Ðá **1-800-385-4104** (TTY: **711**).

中文/Chinese

注意：如果您说中文，我们可为您提供免费的语言协助服务。请致电 **1-800-385-4104** (TTY: **711**)。

فارسی/Farsi

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، خدمات زبانی رایگان به شما ارایه میگردد، با شماره **1-800-385-4104** (TTY: **711**) تماس بگیرید.

Français/French

Attention : Si vous parlez français, vous pouvez disposer d'une assistance gratuite dans votre langue en composant le **1-800-385-4104** (TTY: **711**).

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

ગુજરાતી/Gujarati

ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો ભાષાકીય સહાયતા સેવા તમને નિ:શુલ્ક ઉપલબ્ધ છે.

કોલ કરો **1-800-385-4104** (TTY: **711**).

Kreyòl Ayisyen/Haitian Creole

Atansyon: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele **1-800-385-4104** (TTY: **711**).

Igbo

Nrụbama: Ọ bụrụ na ị na asụ Igbo, ọrụ enyemaka asụsụ, n'efu, dijiri gị. Kpọọ **1-800-385-4104** (TTY: **711**).

한국어/Korean

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스가 무료로 제공됩니다. **1-800-385-4104**(TTY: **711**)번으로 전화해 주십시오.

Português/Portuguese

Atenção: a ajuda está disponível em português por meio do número **1-800-385-4104** (TTY: **711**).

Estes serviços são oferecidos gratuitamente.

Русский/Russian

Внимание: если вы говорите на русском языке, вам могут предоставить бесплатные услуги перевода.

Звоните по телефону **1-800-385-4104** (TTY: **711**).

Tagalog

Paunawa: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **1-800-385-4104** (TTY: **711**).

اردو/Urdu

توجہ دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت دستیاب ہیں۔ **1-800-385-4104** (TTY: **711**) پر کال کریں۔

Tiếng Việt/Vietnamese

Lưu ý: Nếu quý vị nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị.

Gọi số **1-800-385-4104** (TTY: **711**).

Yorùbá/Yoruba

Àkíyèsí: Bí o bá nsọ èdè Yorùbá, ìrànlọwọ́ lórí èdè, lófẹ́ẹ̀, wà fún ọ. Pe **1-800-385-4104** (TTY: **711**).