



Solicitud de acceso a la información protegida de salud

ECHS Category - PHIA

Aetna Better Health® of Michigan

La información protegida de salud hace referencia a la información sobre su salud. Para que podamos procesar la solicitud, debe completar y firmar esta forma.

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. Descripción de un informe de la PHI

Una vez que recibamos esta forma de solicitud firmada, le enviaremos el informe de la PHI. El informe incluirá los últimos 24 meses de PHI que tengamos. Si quiere obtener PHI sobre diferentes fechas, indíquelas a continuación.

Desde: _____ Hasta: _____

Si recibe beneficios de cuidado a largo plazo (LTC) y desea que se le envíe esa información, marque la casilla correspondiente a continuación.

Deseo que el informe incluya información sobre beneficios de LTC.

Solo deseo que incluyan información sobre beneficios de LTC en el informe.

3. ¿Adónde le enviamos este informe de la PHI?

¿Quién recibirá este informe de la información protegida de salud?

Miembro Representante legal del miembro Padre o madre biológicos o adoptivos del miembro

Nombre de la persona que recibe el informe (en letra de imprenta)

Dirección de la persona que recibe el informe

Ciudad, estado, código postal

Información importante:

- Al firmar esta forma, permito que Aetna Better Health of Michigan entregue información protegida de salud sobre el miembro indicado en la **sección 1** a la persona identificada en la **sección 3**.
- Esta aprobación corresponde únicamente a esta solicitud.
- Este informe puede incluir información sobre enfermedades crónicas, enfermedades de salud emocional y psicológica, abuso de sustancias o alcohol, enfermedades transmisibles, enfermedades de transmisión sexual, VIH o sida, o información de marcador genético.
- Este informe de la PHI no incluye las notas de psicoterapia.
- La persona que recibe el informe puede volver a divulgar la información que contiene. Si ese es el caso, dicha información puede dejar de estar protegida por las leyes de privacidad federales o estatales.

4. 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. Llame a Aetna Better Health of Michigan al [1-866-316-3784](tel:1-866-316-3784).

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

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

Le responderemos en 30 días.



Aviso sobre la no discriminación

Aetna cumple con las leyes de derechos civiles federales vigentes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Tampoco excluye a las personas ni las trata de forma diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual o identidad de género.

Aetna:

- Asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidad para que puedan comunicarse con nosotros de manera eficaz, como los siguientes:
 - Intérpretes del lenguaje de señas calificados.
 - Información escrita en otros formatos (en letra grande, en audio, en formatos electrónicos accesibles, etc.).
- Servicios de idiomas gratuitos a personas cuyo idioma primario no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas.

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

Si cree que Aetna no le ha brindado estos servicios o lo ha discriminado de alguna otra forma por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual o identidad de género, puede presentar una queja formal a nuestro coordinador de derechos civiles a la siguiente dirección:

Dirección: Attn: Civil Rights Coordinator
 PO Box 818001, Cleveland OH 44181-8001
Teléfono: **1-888-234-7358 (TTY: 711)**
Correo electrónico: MedicaidCRCoordinator@Aetna.com

Puede presentar una queja formal en persona, por correo postal o por correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, nuestro coordinador de derechos civiles está a su disposición.

También puede presentar una queja sobre derechos civiles a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. en formato electrónico a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles (<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>), por correo postal o por teléfono: 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)**.

Las formas de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

“Aetna” es el nombre comercial que se utiliza en los productos y servicios ofrecidos por una o más de las compañías subsidiarias del grupo Aetna, entre las que se incluyen Aetna Life Insurance Company y sus filiales.

Servicios de interpretación en 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**).

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**)。

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**)

ALBANIAN: VINI RE: Nëse flisni shqip, janë në dispozicion për ju shërbime përkthimi, falas. Telefononi numrin në pjesën e pasme të kartës suaj ID ose **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.

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** (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.

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**).

JAPANESE:注意事項:日本語をお話になる方は、無料で言語サポートのサービスをご利用いただけます。IDカード裏面の電話番号、または **1-800-385-4104** (TTY: **711**)までご連絡ください。