

## Autorización para divulgar información protegida de salud

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	
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	

“Aetna” también incluye a sus compañías subsidiarias, filiales, empleados, agentes y subcontratistas.

**3. ¿Qué tipo de PHI se puede divulgar?**

**Solamente** divulgaremos la PHI **con su consentimiento**. Indíquenos el tipo de PHI marcando la casilla correspondiente.

- Cualquier información solicitada     Información de salud (médica, dental, de farmacia, de la vista)  
 Cuidado a largo plazo     Registros sobre el manejo de pacientes

**Información confidencial (puede incluir información sobre diagnósticos o tratamientos)**

- Trastorno por uso de sustancias (alcohol o drogas)     VIH o sida  
 Enfermedades de transmisión sexual  
 Información sobre salud emocional y psicológica o salud mental (EXCEPTO las notas de psicoterapia)  
 Otros servicios culturalmente sensibles (como cuidado para la reafirmación de género o salud sexual o reproductiva)  
 Otro (explique): \_\_\_\_\_

**4. ¿Por qué permite que se comparta esta PHI?**

Motivo o finalidad:

**5. Esta forma será válida durante 1 año, a menos que se indique un período más corto debajo.**

Mi consentimiento es válido desde la siguiente fecha:	
_____ hasta el _____	
DD/MM/AAAA	DD/MM/AAAA

**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)	

“Aetna” también incluye a sus compañías subsidiarias, filiales, empleados, agentes y subcontratistas.

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 ayudarlo. **Llame al plan Aetna Better Health® Premier (plan Medicare-Medicaid) al [1-855-676-5772 \(TTY: 711\)](tel:1-855-676-5772)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

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

**Los documentos también pueden enviarse por fax: [1-859-280-1272](tel:1-859-280-1272)**

Puede obtener este documento sin cargo en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame al [1-855-676-5772 \(TTY: 711\)](tel:1-855-676-5772), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

*El plan Aetna Better Health Premier es un plan de salud que tiene contrato con Medicare y Medicaid de Michigan para brindar los beneficios de ambos programas a las personas inscritas.*