OhioRISE, servicios de salud conductual especializados de Aetna Better Health® of Ohio

Autorización para divulgación de FamilyCare Central 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** para compartir su PHI. Solo entregaremos la PHI a las personas o agencias que usted indique.

1. ¿Quién es el miembro de OhioRISE?

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. Es posible que Aetna utilice o entregue su información médica protegida (PHI) para los fines detallados en el aviso sobre prácticas de privacidad, así como a cualquier persona autorizada en este formulario. ¿A quién se le puede entregar la PHI?

Cualquier tipo o categoría de personas o entidades afiliadas con la atención que recibí en cumplimiento con la cobertura de mi plan del Departamento de Medicaid de Ohio (ODM), incluyendo al ODM y a aquellos planes de salud, entidades de coordinación de la atención, entidades de administración de la atención, médicos, proveedores y profesionales de atención médica, hospitales, clínicas, laboratorios, farmacias, centros médicos, aseguradoras u otras agencias de cuidado de la salud en el hogar que me hayan proporcionado pagos, tratamientos o servicios de atención médica a mí o en mi nombre.

Nombre	**Apellido**	**Fecha de nacimiento (DOB)**
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

3. ¿Qué PHI podemos compartir?

Solo compartiremos la PHI que usted **autorice**.

Marque la casilla para indicar qué tipo de PHI nos autoriza a divulgar.

- ☐ Cualquier información solicitada
- ☐ Salud (médica, dental, farmacéutica y de la visión)
- ☐ Registros de coordinación de la atención
- ☐ Registros de administración de pacientes

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

3. ¿Qué PHI podemos compartir? *(Continuación)*

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

☐ Toda la información confidencial que figura a continuación puede ser compartida.

☐ La información confidencial que figura a continuación no puede ser compartida.

- Trastorno por abuso de sustancias (alcohol/drogas) VIH/sida
- Enfermedades de transmisión sexual
- Salud conductual/salud mental (pero NO las notas de psicoterapia)
- Otra información (explique) _____

4. ¿Por qué divulga esta PHI?

Motivo/propósito:

Para proporcionar a los cuidadores, administradores de atención, representantes legales y otras personas indicadas anteriormente los niveles de información adecuados requeridos a través de FamilyCare Central y otros medios.

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, comprendo y acepto lo siguiente:

- Puedo retirar mi **autorización** escribiendo a la dirección que se encuentra en este formulario.
- Si retiro mi **autorización**, no se recuperará la información médica protegida (PHI) que Aetna Better Health of Ohio ya haya compartido.
- 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/conductual
  - Diagnóstico o tratamiento de trastornos por abuso de sustancias (alcohol/drogas)
  - 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 compartirá mi PHI con quien yo mencioné, a menos que firme este formulario.

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 información médica protegida (PHI) sobre mí que se va a compartir puede incluir una o más de las siguientes afecciones:
  - Afecciones de salud mental/conductual
  - Diagnóstico o tratamiento de trastornos por abuso de sustancias (alcohol/drogas)
  - 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, poder de representación, representante personal). Fecha de nacimiento (DOB):	

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

Ser un **representante autorizado** significa que usted cuenta con la evidencia escrita adecuada que indica que puede actuar en nombre de esta persona. Si el miembro es menor de 18 años, el padre o tutor legal debe firmar en nombre del menor. Si usted es un representante autorizado, al firmar este formulario, debe enviar la evidencia escrita adecuada que indica que puede actuar en nombre de esta persona.

¿Tiene alguna pregunta? Nosotros podemos ayudarle.
Llame a Aetna al 1-833-711-0773 (TTY: 711).

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

O envíelo por fax al siguiente número: **1-859-280-1272**