



Solicitud de acceso a información protegida de salud

La información protegida de salud (PHI) 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 PHI?

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 el **plan Aetna Better Health® of Ohio (plan Medicare-Medicaid)** entregue PHI 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.
- Existe la posibilidad de que la persona que recibe el informe vuelva 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 Ohio** al [1-855-364-0974](tel:1-855-364-0974) (TTY: [711](tel:711)), las 24 horas, todos los días.

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.

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