



## Solicitud de informe de divulgaciones de 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 del informe de explicación

Una vez que recibamos esta forma de solicitud firmada, le enviaremos el informe de explicación. Las divulgaciones incluidas en el informe corresponden a motivos que no son tratamiento, pago u operaciones de cuidado de salud.

### 3. El plazo cubierto por el informe de explicación no puede ser superior a seis (6) años desde la fecha de solicitud

Mi solicitud es para las siguientes fechas:  
\_\_\_\_\_ hasta el \_\_\_\_\_  
DD/MM/AAAA DD/MM/AAAA

### 4. ¿Adónde le enviamos este informe de explicación?

¿Quién recibirá este informe de explicación?  
 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 un informe de divulgaciones de PHI sobre el miembro indicado en la **sección 1** a la persona identificada en la **sección 4**.
- Esta aprobación corresponde únicamente a esta solicitud.
- 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.
- No se incluirán las divulgaciones de hace más de seis años contados desde la fecha en que se presentó esta solicitud.

**5. 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 (plan Medicare-Medicaid)** 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: [1-859-280-1272](tel:1-859-280-1272)**

Le responderemos en 60 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.*