

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 SoonerSelect?

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 Aetna Better Health of Oklahoma entregue un informe de explicación 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 Oklahoma: [1-844-365-4385](tel:1-844-365-4385).

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

Le responderemos en 60 días.



Aetna Better Health® of Oklahoma

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 los motivos antes mencionados.

Aetna brinda lo siguiente:

- Asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidad para que puedan comunicarse con nosotros de manera eficaz, como los siguientes:
 - o Intérpretes del lenguaje de señas calificados.
 - o 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:
 - o Intérpretes calificados.
 - o 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 o sexo, puede presentarle una queja formal a nuestro coordinador de derechos civiles:

Dirección: Attn: Civil Rights Coordinator
4750 S. 44th Place, Suite 150
Phoenix, AZ 85040-4015

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.

