



AETNA BETTER HEALTH®

Autorización para usar o compartir información personal

1. Autorizo a Aetna Better Health a usar y compartir mi información de salud.

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Correo electrónico: _____ Número de identificación (ID): _____

2. Razón para divulgar información: Aetna Better Health puede usar y compartir mi información de salud para mi tratamiento y la administración y coordinación de mi atención. Aetna Better Health puede hacerlo compartiendo mi información con los médicos y otras personas que me brindan atención a través de un sitio en Internet.

3. Información que se divulgará: Autorizo a que se comparta la información relacionada con mi salud, como por ejemplo mi atención médica anterior, los medicamentos que tomo y mis planes de administración de la atención.

4. Personas autorizadas para recibir la información: A continuación figura una lista de los proveedores/los consultorios con los cuales Aetna Better Health puede compartir mi información de salud.

Nombre del proveedor	Nombre de la clínica	Dirección	Teléfono

Si la persona recibe ayuda del proveedor, indique la información adicional a continuación:

Nombre del proveedor: _____ Nombre de la clínica: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico: _____ Número de identificación fiscal (TIN): _____

4.1 Adicción o abuso de drogas y alcohol: Si mi registro médico incluye información sobre adicción o abuso de drogas y alcohol, Aetna Better Health puede compartir esta información con las personas indicadas en la Sección 4.

Aetna Better Health puede divulgar toda mi información de salud, incluida la adicción o el abuso de drogas y alcohol, a las personas autorizadas para recibir la información indicada en la Sección 4.

____ Sí ____ No/No corresponde

Aetna Better Health divulgará esta información de los registros protegidos por las normas federales de confidencialidad (título 42, parte 2, del Código de Reglamentaciones Federales (CFR)). Estas reglas no autorizan a las personas indicadas en la Sección 4 a seguir compartiendo su información, a menos que usted autorice expresamente que esta se siga divulgando mediante consentimiento por escrito o según lo permita el título 42, parte 2, del CFR. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente. Las normas federales no permiten el uso de esta información con el fin de investigar o procesar por un delito a un paciente que abusa del alcohol o de las drogas.

5. Vencimiento: Esta autorización vencerá cuando yo ya no sea miembro de Aetna Better Health.

6. Entiendo que:

- a. Puedo anular mi autorización en cualquier momento por escrito a Aetna Better Health. Si ya se ha divulgado información antes de que yo anule mi autorización, la cancelación solo impedirá que se continúe divulgando.
Aetna Better Health
Attn: Privacy Officer
One S. Wacker Dr., 12th Fl., F646
Chicago, IL 60606
- b. Aetna Better Health no toma decisiones sobre el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad sobre la base de esta autorización.
- c. Las personas/organizaciones indicadas en la Sección 4 pueden volver a divulgar la información (excepto la referida a drogas y alcohol) que comparto de conformidad con esta autorización, y tal información puede dejar de estar protegida por las normas federales de confidencialidad.
- d. Aetna Better Health, sus programas, servicios, empleados, directivos y contratistas no tienen ninguna responsabilidad legal ni compromiso frente a la divulgación de mi información con el alcance indicado y autorizado.
- e. Puedo negarme a firmar esta autorización.

* * * * *

Marque “Sí” o “No/No corresponde” en la Sección 4.1 antes de firmar.

Firma de la persona o del representante

Fecha

Si es el representante personal, indique la relación con la persona: _____

Firma del testigo

Fecha

Si la persona está físicamente impedida de firmar, se requiere la firma del segundo testigo.

Firma del segundo testigo

Fecha

Envíe los formularios completos a:

Correo: Aetna Better Health
Attn: Member Services,
One S. Wacker Dr., 12th Fl., F646,
Chicago, IL 60606

Fax: 855-802-4291

Correo electrónico: AetnaBetterHealthIllinois@aetna.com

¿Preguntas? Por favor llámenos al **1-866-600-2139**.

www.aetnabetterhealth.com