

Solicitud de representante autorizado

Número de FAX

Nombre del miembro	Número de identificación de Aetna
Proveedor del servicio	
Nombre y fechas del servicio o del servicio propuesto	

Por medio del presente documento, yo, _____, designo a
Nombre en letra de imprenta del miembro que recibe el servicio o suministro

Nombre en letra de imprenta de la persona a la que se autoriza a actuar en nombre del miembro

como mi representante autorizado para presentar (*marque una opción*)

una queja o una apelación a Aetna con respecto al servicio o servicio propuesto antes mencionado.

IMPORTANTE: Con su firma a continuación, manifiesta que entiende y acepta lo siguiente:

- Con esta (*marque una opción*) queja o apelación, Aetna puede divulgar información protegida de salud ("PHI") al representante autorizado antes mencionado ("representante").
- **La PHI divulgada conforme a esta autorización puede incluir información de diagnóstico y tratamiento, como aquella relacionada con enfermedades crónicas, enfermedades de salud emocional y psicológica, abuso de sustancias o alcohol, enfermedades transmisibles, enfermedades de transmisión sexual, HIV/AIDS, o información de marcadores genéticos.**
- La información divulgada conforme a esta autorización podría volver a ser divulgada por el representante. En tal caso, es posible que deje de estar protegida por las regulaciones de privacidad federales o estatales.
- Si desea presentar (*marque una opción*) una queja o una apelación por medio del representante, pero **no** quiere que el representante reciba ninguna PHI ni otra información relacionada con la (*marque una opción*) queja o apelación, incluida la decisión de la (*marque una opción*) queja o apelación, puede indicarlo marcando la casilla que se encuentra sobre la línea de la firma más abajo.
- Su capacidad para inscribirse en un plan de Aetna y su cumplimiento de los requisitos para recibir beneficios y pago por los servicios no se verán afectados si no firma esta forma. Sin embargo, sin su firma, no podemos procesar la (*marque una opción*) queja o apelación iniciada por el representante.
- Esta autorización tiene validez únicamente mientras dure la (*marque una opción*) queja o apelación. Si firma esta forma, puede revocar la autorización en cualquier momento notificando a Aetna por escrito a la dirección que aparece más arriba. Revocar esta autorización no afecta las medidas que Aetna haya tomado basándose en la autorización antes de recibir la notificación.

Solicito que se acepte esta (*marque una opción*) queja o apelación de mi representante, pero deseo que se me envíe únicamente a mí toda la información relacionada con esta (*marque una opción*) queja o apelación, incluida la decisión de la (*marque una opción*) queja o apelación y toda solicitud de información adicional.

Firma	Fecha
-------	-------

Nombre en letra de imprenta

Si la persona que firma esta autorización no es el miembro, indique relación con el miembro.
 (Por ejemplo, padre, madre o representante legal).

Los representantes legales que firman esta autorización en nombre de un miembro deben adjuntar una copia del poder legal para el cuidado de la salud u otra documentación relevante otorgada por la autoridad legal correspondiente.

Aetna cumple con las leyes de derechos civiles federales vigentes y no discrimina, excluye ni trata a las personas de forma diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad, lo cual es ilegal.

Además, brindamos asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades y que necesitan asistencia de 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.

Si cree que no hemos suministrado estos servicios o que lo hemos discriminado por los motivos que se mencionaron, puede presentarle una queja formal al coordinador de derechos civiles:

Civil Rights Coordinator

P.O. Box 14462, Lexington, KY 40512

(clientes de HMO en California: P.O. Box 24030 Fresno, CA 93779)

[1-800-648-7817](tel:1-800-648-7817), TTY: [711](tel:711)

Fax: [859-425-3379](tel:859-425-3379) (clientes de HMO en California: [860-262-7705](tel:860-262-7705)),

CRCoordinator@aetna.com

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

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien por correo postal o por

teléfono: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence

Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, [1-800-368-1019](tel:1-800-368-1019)

u [800-537-7697](tel:800-537-7697) (TDD).

Hmong	Yuav kom tau kev pab txhais lus tsis muaj nqi them rau koj, hu tus naj npawb ntawm koj daim npav ID.
Igbo	Inweta enyemaka asụsụ na akwughi ụgwọ obula, kpọọ nọmba nọ na kaadi njirimara gi
Ilocano	Tapno maakses dagiti serbisio ti pagsasao nga awanan ti bayadna, awagan ti numero nga adda ayan ti ID kardmo.
Indonesian	Untuk mengakses layanan bahasa tanpa dikenakan biaya, silakan hubungi nomor telepon di kartu asuransi Anda.
Italian	Per accedere ai servizi linguistici senza alcun costo per lei, chiami il numero sulla tessera identificativa.
Japanese	無料の言語サービスは、IDカードにある番号にお電話ください。
Karen	လၢတၢ်ကမၤၤကျိၣ်တၢ်မၤၤၤအတၢ်ဖံးတၢ်မၤတဖၣ် လၢတၢ်အိၣ်ဒီးအပူၤလၢနကတၢ်ဟ့ၣ်အိၣ်အိၣ်ကိးဘၣ်လီၤတဲၣ်စိနီၣ်ဂံၢ်လၢအိၣ်လၢနနိၣ်ဂံၢ် ၁ (၅၅) အလံၤတၢ်ကၤၤ
Korean	무료 다국어 서비스를 이용하려면 보험 ID 카드에 수록된 번호로 전화해 주십시오.
Kru-Bassa	I nyuu kosna mahola ni language services ngui nsaawogui wo, sebel i nsinga i ye ntilga i kat yong matibla
Kurdish	بۆ دەسپێز آگەشتن بە خزمەتگوزاری زمان بەبێ تێچوون بۆ تۆ، پەیوەندی بکە بە ژمارە ی سەر نای دی (ID) کارتێ خۆت.
Lao	ເພື່ອຂ້າຖືງບໍລິການພາສາທີ່ບໍ່ເສຍຄ່າ, ໃຫ້ໂທຫາເບີໂທຢູ່ໃນບັດປະຈຳຕົວຂອງທ່ານ.
Marathi	आपल्याला कोणत्याही शुल्काशिवाय भाषा सेवांपर्यंत पोहोचण्यासाठी, आपल्या ID कार्डवरील क्रमांकावर फोन करा.
Marshallese	Ñan bōk jipañ kōn kajin ilo an ejjelōk wōñean ñan kwe, kwōn kallok nōm̄ba eo ilo kaat in ID eo am̄.
Micronesian-Ponapean	Pwehn alehdi sawas en lokaia kan ni sohte pweipwei, koahlih nempe nan amhw doaropwe en ID.
Mon-Khmer, Cambodian	ដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មភាសាដែលឥតគិតថ្លៃសម្រាប់លោកអ្នក សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់លេខដែលមាននៅលើប័ណ្ណសម្គាល់ខ្លួនរបស់លោកអ្នក។
Navajo	T'áá ni nizaad k'ehjí bee níká a'doowol doo bááh ílínígóó naaltsoos bee atah nílíggo nanitinígíí bee nécho'dólzínígíí béesh bee hane'í biká'ígíí áajj'í hólne'.
Nepali	भाषासम्बन्धी सेवाहरूमाथि निःशुल्क पहुँच राख्न आफ्नो कार्डमा रहेको नम्बरमा कल गर्नुहोस्।
Nilotic-Dinka	Të kwar yin ran de wëër de thokic ke cïn wëu kwr keek tēncɔŋ yin. Ke yin cɔl ran ye koc kuony në namba de abac tö në ID kard duön de tiit de nyin de panakim kōu.
Norwegian	For tilgang til kostnadsfri språktjenester, ring nummeret på ID-kortet ditt.
Pennsylvanian-Dutch	Um Schprouch Services zu griege mitaus Koscht, ruff die Nummer uff dei ID Kaart.
Persian Farsi	برای دسترسی به خدمات زبان به طور رایگان، با شماره قید شده روی کارت شناسایی خود تماس بگیرید.
Polish	Aby uzyskać dostęp do bezpłatnych usług językowych, należy zadzwonić pod numer podany na karcie identyfikacyjnej.
Portuguese	Para aceder aos serviços linguísticos gratuitamente, ligue para o número indicado no seu cartão de identificação.
Punjabi	ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਕੀਮਤ ਵਾਲੀਆਂ ਪੰਜਾਬੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਲਈ, ਆਪਣੇ ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ 'ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਨੰਬਰ 'ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ।

