

## Autorización para divulgar información protegida de salud

Mi registro de salud es confidencial y, por ley, constituye "información protegida de salud".

Al completar y firmar este formulario, acepto (o mi representante legal acepta) permitirle a Aetna compartir mi información protegida de salud con las personas o compañías mencionadas a continuación. Con "Aetna" también me refiero a las compañías subsidiarias y afiliadas, y a los empleados, agentes y subcontratistas. COMPLETE LAS SECCIONES EN SU TOTALIDAD.

### 1. Información personal

Mi nombre	Apellido	Inicial del segundo nombre
Mi número de identificación de miembro	Mi fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Mi número de teléfono
Calle		Ciudad, estado, código postal

### 2. Aetna puede compartir mi información protegida de salud con las siguientes personas o compañías:

Nombre de la persona o compañía	Número de teléfono
Calle	Ciudad, estado y código postal
Nombre de la persona o compañía	Número de teléfono
Calle	Ciudad, estado y código postal

### 3. Aetna SOLO puede compartir los registros elegidos de la lista que figura a continuación.

Debe marcar todos los tipos de información que quiere que se compartan. Esta autorización no puede utilizarse para compartir notas de psicoterapia.

Información de salud (médica, dental, de farmacia, de la visión y de la cuenta de gastos flexible)  
 Registros sobre la atención a largo plazo     Registros sobre el manejo de pacientes  
 Información sobre trastorno por uso de sustancias (alcohol o drogas)     Información sobre VIH y sida  
 Información sobre enfermedades de transmisión sexual  
 Información sobre salud del comportamiento o salud mental (EXCEPTO las notas de psicoterapia)  
 Otros servicios culturalmente sensibles (como cuidado para la reafirmación de género o salud sexual o reproductiva)  
 Otro (explique) \_\_\_\_\_

### 4. Al firmar este formulario, autorizo a Aetna a divulgar la información de más abajo con el siguiente propósito.

Marque una de las siguientes opciones:

Por solicitud mía (sin un propósito específico)     Propósito específico: \_\_\_\_\_

### 5. Este formulario será válido durante 1 año, a menos que se indique un período más corto debajo.

Mi autorización es válida desde el \_\_\_\_\_ hasta el \_\_\_\_\_  
 MM/DD/AAAA MM/DD/AAAA

## 6. Al firmar a continuación, entiendo y estoy de acuerdo con lo siguiente:

- La información protegida de salud que acepto compartir puede ser confidencial. Puede incluir información sobre diagnósticos y tratamientos, sobre enfermedades crónicas, afecciones de salud del comportamiento o por abuso de alcohol o drogas. También puede incluir información sobre enfermedades transmisibles, enfermedades de transmisión sexual, como VIH o sida, o información de marcador genético.
- Es posible que quien reciba mi información protegida de salud la comparta con otras personas. Eso significa que mi información podría dejar de estar protegida por las leyes estatales o federales sobre privacidad.
- Puedo recibir una copia de este formulario de autorización que he firmado. Para ello, debo enviarle a Aetna una solicitud firmada a la dirección que figura al final de este formulario.
- Aetna no divulgará mi información protegida de salud a las personas o compañías mencionadas en la sección 2, a menos que yo haya firmado este formulario.
- Puedo cambiar mi decisión o cancelarla en cualquier momento. Debo hacerlo por escrito y enviarla a Aetna, a la dirección que figura al final de este formulario.
- Si cancelo la autorización, eso no afectará las medidas que Aetna haya tomado antes de recibir mi solicitud.
- No firmar este formulario no afectará mi capacidad para inscribirme.
- Mi elegibilidad para recibir beneficios y servicios no se verá afectada si no firmo este formulario.

## ATENCIÓN:

Se necesita mi firma en los siguientes casos:

- Soy mayor de 18 años de edad.
- Soy menor de 18 y estoy casado o emancipado.
- La información que se divulga está relacionada con un tratamiento por abuso de drogas o alcohol.
- La información que se divulga está relacionada con una de las siguientes enfermedades y el estado me permite recibir tratamiento, aunque mis padres o tutores legales no estén de acuerdo con mi decisión:
  - salud mental;
  - enfermedades de transmisión sexual (se incluyen el VIH o sida);
  - Salud reproductiva (se incluyen la anticoncepción, la atención prenatal y el aborto);
  - salud médica y dental en general.

## 7. Mi firma o la de mi representante legal.

Firma	Fecha
Nombre en letra de imprenta	
Si un representante legal firma este formulario, describa su relación con este: (padre o madre, tutor legal, apoderado, representante personal)	

- Si el representante legal del miembro firma esta solicitud, debe entregar el documento legal pertinente que lo autoriza a actuar en nombre del miembro (por ejemplo, un poder legal, un documento que certifique la tutela legal o la designación de representante personal).
- Si presenta esta solicitud en nombre de un menor, es posible que le pidamos información adicional para completar la solicitud.

Complete este formulario, fírmelo y envíelo a la siguiente dirección:

**HIPAA Member Rights Team**  
**PO Box 14079**  
**Lexington, KY 40512-4079**

También puede enviarlo por fax: **859-280-1272**

Aetna cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina, excluye ni trata de manera diferente a ningún individuo por su raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad.

Aetna brinda servicios y asistencia gratuitos a las personas con discapacidades y a las que necesitan asistencia de idioma.

Si necesita un intérprete calificado, la información escrita en un formato alternativo, servicios de traducción u otro tipo de servicios, llame al número que figura en su tarjeta de identificación.

Si cree que no brindamos estos servicios de manera adecuada o que discriminamos por alguna de las características mencionadas más arriba, puede comunicarse con el Civil Rights Coordinator y presentarle una reclamación:

Civil Rights Coordinator,  
P.O. Box 14462, Lexington, KY 40512 (clientes de CA HMO: 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 CA HMO: [860-262-7705](tel:860-262-7705)), [CRCordinator@aetna.com](mailto:CRCordinator@aetna.com).

También puede presentar una queja en el portal de quejas en Internet de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por escrito a U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509 F, HHH Building, Washington, DC 20201. Además, puede llamar al [1-800-368-1019](tel:1-800-368-1019), [800-537-7697](tel:800-537-7697) (TDD).

*Aetna es el nombre comercial que se utiliza en los productos y servicios proporcionados por una o más de las compañías subsidiarias del grupo Aetna, entre las que se incluyen Aetna Life Insurance Company, los planes de Coventry Health Care y sus compañías afiliadas (Aetna).*

English	To access language services at no cost to you, call the number on your ID card.
Albanian	Për shërbime përkthimi falas për ju, telefononi në numrin që gjendet në kartën tuaj të identitetit.
Amharic	የቋንቋ አገልግሎቶችን ያለክፍያ ለማግኘት፣ በመታወቂያዎ ላይ ያለውን ቁጥር ይደውሉ።
Arabic	للحصول على الخدمات اللغوية دون أي تكلفة، الرجاء الاتصال على الرقم الموجود على بطاقة اشتراكك.
Armenian	Ձեր նախընտրած լեզվով ավիվճար խորհրդաստվություն ստանալու համար զանգահարեք ձեր բժշկական ապահովագրության քարտի վրա նշված հեռախոսահամարով
Bantu-Kirundi	Kugira uronke serivisi z'indimi ata kiguzi, hamagara inomero iri ku Karangamuntu kawe
Bengali	আপনাকে বিনামূল্যে ভাষা পরিষেবা পেতে হলে আপনার পরিচয়পত্রে দেওয়া নম্বরে টেলিফোন করুন।
Burmese	သင့်အနေဖြင့် အခကြေးငွေ မပေးရပဲ ဘာသာစကားဝန်ဆောင်မှုများ ရရှိနိုင်ရန်၊ သင့် ID ကတ်ပေါ်တွင်ရှိသော ဖုန်းနံပါတ်အား ခေါ်ဆိုပါ။
Catalan	Per accedir a serveis lingüístics sense cap cost per a vostè, telefoni al número indicat a la seva targeta d'identificació.
Cebuano	Aron maakses ang mga serbisyo sa lengguwahe nga wala kay bayran, tawagi ang numero nga anaa sa imong kard sa ID.
Chamorro	Para un hago' i setbision lengguåhi ni dibåtde para hågu, ågang i numiru gi iyo-mu kard aidentifikasion.
Cherokee	ᄎᄂᄃᄅ ᄆᄇᄈᄉᄊ ᄋᄌᄍᄎᄏᄐ ᄑᄒᄓᄔᄕᄖᄗᄘ ᄙᄚ, ᄛᄜᄝᄞᄟᄠ ᄡᄢᄣᄤᄥᄇᄈᄉᄊ ᄋᄌᄍᄎᄏᄐ ᄑᄒᄓᄔᄕᄖᄗᄘ.
Chinese Traditional	如欲使用免費語言服務，請撥打您健康保險卡上所列的電話號碼
Choctaw	Anumpa tosholi i toksvli ya peh pilla ho ish i payahinla kvt chi holisso kallo iskitini holhtena takanli ma i payah
Chuukese	Ren omw kopwe angei aninisin eman chon awewei (ese kamé), kopwe kéeri ewe nampa mei mak won noum ena katen ID
Cushitic-Oromo	Tajaajiloota afaanii gatii bilisaa ati argaachuuf,lakkoofsa fuula waraaqaa eenyummaa (ID) kee irraa jiruun bilbili.
Dutch	Voor gratis taaldiensten, bel het nummer op uw ziekteverzekeringskaart.
French	Pour accéder gratuitement aux services linguistiques, veuillez composer le numéro indiqué sur votre carte d'assurance santé.
French Creole (Haitian)	Pou ou jwenn sèvis gratis nan lang ou, rele nimewo telefòn ki sou kat idantifikasyon asirans sante ou.
German	Um auf den für Sie kostenlosen Sprachservice auf Deutsch zuzugreifen, rufen Sie die Nummer auf Ihrer ID-Karte an.
Greek	Για πρόσβαση στις υπηρεσίες γλώσσας χωρίς χρέωση, καλέστε τον αριθμό στην κάρτα ασφάλισής σας.
Gujarati	તમારે કોઈ પણ જાતના ખર્ચ વિના ભાષા સેવાઓ મેળવવા માટે, તમારા આઈડી કાર્ડ પર રહેલ નંબર પર કોલ કરવો.
Hawaiian	No ka wala'au 'ana me ka lawelawe 'ōlelo e kahea aku i ka helu kelepona ma kāu kāleka ID. Kāki 'ole 'ia kēia kōkua nei.
Hindi	बिना किसी कीमत के भाषा सेवाओं का उपयोग करने के लिए, अपने आईडी कार्ड पर दिए नंबर पर कॉल करें।



