



Autorización para la divulgación de notas de psicoterapia

Use este formulario si desea que su proveedor de atención de salud mental comparta sus notas de psicoterapia con Aetna Better Health.

Su proveedor de atención de salud mental es quien toma las notas de psicoterapia. Estas notas son registros de sus conversaciones con su proveedor de atención de salud mental durante las sesiones de asesoría. Su proveedor de atención de salud mental mantiene estas notas separadas de sus registros médicos.

1. ¿Quién es el afiliado de Medicaid?

Nombre		Apellido	Inicial del segundo nombre
Número de identificación de afiliado:	Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)	Teléfono	
Calle			
Ciudad, estado, código postal			

2. Autorizo que este proveedor de atención de salud mental comparta mis notas de psicoterapia.

Proveedor de atención de salud mental	Teléfono
Calle	
Ciudad, estado, código postal	

3. Autorizo que esta persona o compañía reciba mis notas de psicoterapia.

Nombre de la persona o empresa Aetna Better Health¹,	Teléfono
Calle	
Ciudad, estado, código postal	

1 AVISO PARA LOS DESTINATARIOS DE LA INFORMACIÓN:

La información divulgada a Aetna Better Health, relacionada con ciertas afecciones, como el tratamiento por abuso de alcohol o drogas, VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual, salud conductual e información de marcadores genéticos está protegida por varias leyes federales y estatales que prohíben cualquier divulgación adicional de esta información por Aetna Better Health, sin el consentimiento expreso por escrito de la persona a la que pertenece dicha información o según lo permitan tales leyes. Cualquier divulgación adicional no autorizada que viole la ley estatal o federal puede generar una multa o sentencia de cárcel o ambas. La autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO representa un consentimiento suficiente para la divulgación de estos tipos de información. La regla federal del Título 42 del Código de Reglamentos Federales (Code of Federal Regulations, CFR) Parte 2 restringe el uso de la información divulgada para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente por abuso de alcohol o drogas.

¹“Aetna” también incluye las subsidiarias, afiliadas, empleados, agentes y subcontratistas de Aetna.

4. ¿Por qué entrega estas notas de psicoterapia?

Razón o propósito:

Mi **autorización** es para divulgar **solo** las notas de psicoterapia. Entiendo que estas notas pueden contener información sobre la atención médica o el tratamiento por abuso de sustancias. Asimismo, información sobre actos de abuso doméstico, VIH/SIDA u otras enfermedades contagiosas o de transmisión sexual. Y cualquier tratamiento que le hayan aplicado otros proveedores de atención médica.

5. Las notas de psicoterapia que autorizo son aquellas de las siguientes fechas de servicio:

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Al firmar a continuación, entiendo y acepto:

- Puedo revocar mi **autorización** pidiéndoselo al proveedor de atención de salud mental mencionado en la sección 2.
- Si revoca su **autorización**, no recuperará la información médica protegida (Protected Health Information, PHI) que ya hayamos recibido.
- Mi oportunidad de registrarme en un seguro no cambiará si no firmo este formulario.
- Quien obtenga mi información puede compartirla con otros. Eso significa que es posible que las leyes no puedan proteger mi información.

ATENCIÓN:

Debo firmar este formulario si aplica alguna de las siguientes opciones.

- Soy mayor de 18 años.
- Soy menor de 18 años y estoy casado o emancipado.
- Mi estado me permite recibir un tratamiento incluso si mis padres o tutor legal no están de acuerdo.
- Las notas de psicoterapia que se comparten pueden incluir una de las siguientes condiciones:
 - Diagnóstico o tratamiento de trastornos por uso de sustancias
 - Salud mental
 - Enfermedad de transmisión sexual (incluyendo VIH/SIDA)
 - Salud reproductiva (incluyendo anticoncepción, atención prenatal y aborto)
 - Salud médica y dental general

6. Firma del afiliado o representante autorizado:

Firma	Fecha
Nombre en letra de imprenta	
Si un representante legal firmó este formulario, describa la relación: (padre, tutor legal, poder, representante personal)	

Representante autorizado significa que tiene evidencia legal de que puede actuar en nombre de esta persona.

Un representante firma por una persona que no puede firmar legalmente por sí misma. Si el afiliado es menor de 18 años, un padre o tutor debe firmar por él. Si usted es un representante, que firma este formulario, debe enviar evidencia legal de que puede actuar por esta persona.

¿Tiene alguna pregunta? Podemos ofrecerle ayuda. Llame a Aetna Better Health al 1-866-329-4701.

**Firme y devuelva este formulario completado a: Aetna HIPAA Member Rights Team
PO Box 14079
Lexington, KY 40512-4079**

O puede enviarlo por fax al: 859-280-1272