



# Autorización para divulgar información protegida de salud

ECCHS Category - PHIA

La **información protegida de salud (PHI)** hace referencia a la información sobre su salud. Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de su PHI. Al firmar este documento, usted **nos da su consentimiento**. Solo divulgaremos la PHI que usted nos permita compartir. Y solo la compartiremos con las personas o agencias que usted mencione.

## 1. ¿Quién es el miembro de Medicaid?

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. ¿Con quién se puede compartir la PHI?

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	

### AVISO PARA CUALQUIER PERSONA QUE NO SEA EL MIEMBRO:

La información divulgada a usted sobre ciertas afecciones, como el tratamiento por abuso de drogas o alcohol, el VIH o sida y otras enfermedades de transmisión sexual, la salud emocional y psicológica y la información de marcador genético, está protegida por varias leyes federales y estatales que prohíben que usted divulgue esta información sin el consentimiento expreso por escrito de la persona a la cual pertenece o según lo permitan dichas leyes. Toda otra divulgación no autorizada que infrinja la ley estatal o federal puede tener como resultado una multa o una condena de encarcelamiento, o ambas. Para divulgar esta clase de información, NO basta con una autorización general para divulgar información médica o de otro tipo. La norma federal estipulada en el título 42, parte 2, del Código de Regulaciones Federales restringe el uso de la información divulgada con el fin de investigar o procesar por un delito a un paciente que abusa del alcohol o de las drogas.

“Aetna” también incluye a sus compañías subsidiarias, filiales, empleados, agentes y subcontratistas.

**3. ¿Qué tipo de PHI se puede divulgar?**

**Solamente** divulgaremos la PHI **con su consentimiento**. Indíquenos el tipo de PHI marcando la casilla correspondiente.

- Cualquier información solicitada
- Información de salud (médica, dental, de la vista; información de farmacia)
- Cuidado a largo plazo
- Registros sobre el manejo de pacientes

**Información confidencial (puede incluir información sobre diagnósticos o tratamientos)**

- Información sobre trastornos de salud mental o de salud emocional y psicológica (EXCEPTO las notas de psicoterapia)
- Información sobre diagnóstico y tratamiento para trastornos por uso de sustancias (drogas o alcohol), EXCEPTO las notas de psicoterapia o asesoramiento relacionadas con dicho diagnóstico y tratamiento
- Otro (explique): \_\_\_\_\_

**4. ¿Por qué permite que se comparta esta PHI?**

Motivo o finalidad:

**5. Esta forma será válida durante 1 año, a menos que se indique un período más corto debajo.**

Mi consentimiento es válido desde la siguiente fecha:

\_\_\_\_\_ hasta el \_\_\_\_\_  
 DD/MM/AAAA DD/MM/AAAA

**Al firmar más abajo, entiendo y acepto lo siguiente:**

- Puedo anular mi **consentimiento** escribiendo a la dirección que aparece en esta forma.
- En caso de que anule su **consentimiento**, esto no se aplicará a la PHI que ya haya sido compartida. Sin embargo, no seguiremos divulgando más su PHI.
- Mi oportunidad de inscribirme en un seguro no cambiará si no firmo esta forma.
- Es posible que quien reciba mi PHI la comparta con otras personas. Esto significa que es posible que las leyes no puedan proteger mi PHI.
- La PHI que se puede divulgar **con mi consentimiento** puede incluir lo siguiente:
  - información sobre enfermedades y tratamientos;
  - información sobre enfermedades crónicas;
  - información sobre trastornos de salud mental o de salud emocional y psicológica;
  - información sobre el diagnóstico o tratamiento de trastornos por uso de sustancias (alcohol o drogas);
  - información sobre enfermedades transmisibles, enfermedades de transmisión sexual (como el VIH o el sida) e información de marcadores genéticos.
- Puedo recibir una copia de este **consentimiento** solicitándola por escrito a la dirección que aparece en esta forma.
- Debo firmar esta forma para que Aetna comparta mi PHI con quienes yo haya mencionado.

**ATENCIÓN:**

Si alguna de las siguientes opciones es correcta, debo firmar esta forma:

- Tengo 18 años de edad o más.
- Soy menor de 18 años y estoy casado o emancipado.
- El estado donde vivo me permite recibir tratamiento incluso si mis padres o tutores legales no están de acuerdo.
- Mi PHI compartida puede incluir una o más de las siguientes enfermedades:
  - trastornos de salud mental o de salud emocional y psicológica;
  - diagnóstico o tratamiento de trastornos por uso de sustancias (alcohol o drogas);
  - enfermedades de transmisión sexual (incluidos el VIH y el sida);
  - salud reproductiva (incluida la anticoncepción, el cuidado prenatal y el aborto).

**6. 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)	

“Aetna” también incluye a sus compañías subsidiarias, filiales, empleados, agentes y subcontratistas.

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 al [1-855-242-0802](tel:1-855-242-0802) (TTY: [711](tel:711)).

**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](tel:859-280-1272)

# AETNA BETTER HEALTH® OF LOUISIANA

## Aviso de no discriminación

Aetna cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Aetna no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Aetna:

- Brinda ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
  - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Brinda servicios de idiomas gratuitos a las personas cuya lengua materna no sea inglés, como los siguientes:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita un intérprete calificado, información escrita en otros formatos, servicios de traducción u otros servicios, comuníquese con el número que aparece en su tarjeta de identificación o **1-800-385-4104**.

Si considera que Aetna no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de alguna otra manera por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante nuestro Coordinador de Derechos Civiles:

Dirección:                   Attn: Civil Rights Coordinator  
                                  PO Box 818001  
                                  Cleveland, OH 44181-8001

Teléfono:                   **1-888-234-7358 (TTY 711)**

Correo electrónico: MedicaidCRCoordinator@aetna.com

Puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, nuestro Coordinador de Derechos Civiles está disponible para ayudarle.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Sociales de EE. UU., Oficina de Derechos Civiles, de manera electrónica a través del portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono a: 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).

Los formularios de reclamo están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>. Aetna es la marca que se utiliza para los productos y servicios proporcionados por uno o más de los grupos de compañías subsidiarias de Aetna, lo que incluye a Aetna Life Insurance Company, y sus filiales.

---

“Aetna” también incluye a sus compañías subsidiarias, filiales, empleados, agentes y subcontratistas.

## Multi-language Interpreter Services

**ENGLISH: ATTENTION:** If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call the number on the back of your ID card or **1-800-385-4104** (TTY: **711**).

**SPANISH: ATENCIÓN:** Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al número que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación o al **1-800-385-4104** (TTY: **711**).

**FRENCH: ATTENTION:** si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le numéro indiqué au verso de votre carte d'identité ou le **1-800-385-4104** (ATS: **711**).

**VIETNAMESE: CHÚ Ý:** nếu bạn nói tiếng việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Hãy gọi số có ở mặt sau thẻ id của bạn hoặc **1-800-385-4104** (TTY: **711**).

**CHINESE: 注意:** 如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電您的 ID 卡背面的電話號碼或 **1-800-385-4104** (TTY: **711**)。

**ARABIC:** ملحوظة: إذا كنت تتحدث باللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل على الرقم الموجود خلف بطاقتك الشخصية أو على **1-800-385-4104** (للصم والبكم: **711**).

**TAGALOG: PAUNAWA:** Kung nagsasalita ka ng wikang Tagalog, mayroon kang magagamit na mga libreng serbisyo para sa tulong sa wika. Tumawag sa numero na nasa likod ng iyong ID card o sa **1-800-385-4104** (TTY: **711**).

**KOREAN: 주의:** 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 귀하의 ID 카드 뒷면에 있는 번호로나 **1-800-385-4104** (TTY: **711**) 번으로 연락해 주십시오.

**PORTUGUESE: ATENÇÃO:** Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para o número que se encontra na parte de trás do seu cartão de identificação ou **1-800-385-4104** (TTY: **711**).

**LAOTIAN: ຄຳນຳ:** ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໃຫ້ຫາເບີທີ່ຢູ່ດ້ານຫຼັງບັດປະຈຳຕົວຂອງທ່ານ ຫຼື **1-800-385-4104** (TTY: **711**)

**JAPANESE: 注意事項:** 日本語をお話になる方は、無料で言語サポートのサービスをご利用いただけます。IDカード裏面の電話番号、または**1-800-385-4104** (TTY: **711**)までご連絡ください。

**URDU:** توجہ دیں: اگر آپ اردو زبان بولتے ہیں، تو زبان سے متعلق مدد کی خدمات آپ کے لئے مفت دستیاب ہیں۔ اپنے شناختی کارڈ کے پیچھے موجود نمبر پر یا **1-800-385-4104** (TTY: **711**) پر رابطہ کریں۔

**GERMAN: ACHTUNG:** Wenn Sie deutschen sprechen, können Sie unseren kostenlosen Sprachservice nutzen. Rufen Sie die Nummer auf der Rückseite Ihrer ID-Karte oder **1-800-385-4104** (TTY: **711**) an.

**PERSIAN:** اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، به صورت رایگان می توانید به خدمات کمک زبانی دسترسی داشته باشید. با شماره درج شده در پشت کارت شناسایی یا با شماره **1-800-385-4104** (TTY: **711**) تماس بگیرید.

**RUSSIAN: ВНИМАНИЕ:** если вы говорите на русском языке, вам могут предоставить бесплатные услуги перевода. Позвоните по номеру, указанному на обратной стороне вашей идентификационной карточки, или по номеру **1-800-385-4104** (TTY: **711**).

**THAI:** ข้อควรระวัง: ถ้าคุณพูดภาษาไทย คุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ ฟรี โทรติดต่อ หมายเลขที่อยู่ด้านหลังบัตร ID ของคุณ หรือหมายเลข **1-800-385-4104** (TTY: **711**).

---

“Aetna” también incluye a sus compañías subsidiarias, filiales, empleados, agentes y subcontratistas.