



Revocación de autorización previamente otorgada al plan Aetna Better Health® of Ohio (plan Medicare-Medicaid)

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. Las leyes nos prohíben compartir esta información con terceros, a menos que sean sus médicos u otras personas que se ocupen de su cuidado, salvo que usted nos dé su **autorización**. Al firmar este documento, usted nos da su **autorización** para dejar de compartir su PHI con las personas o agencias que nos había indicado anteriormente.

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. ¿Qué autorización quiere cancelar? (Marcar la casilla que corresponda).

<input type="checkbox"/>	Su autorización para que Aetna comparta su información protegida de salud con otras personas o agencias.
<input type="checkbox"/>	Su autorización para que Aetna solicite su información protegida de salud a otras personas o agencias.

3. ¿Quiénes son las personas o agencias que ya no quiere que accedan a su PHI?

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

4. Importante: Al firmar más abajo, entiendo y acepto lo siguiente:

- Si cancelo la **autorización**, eso no afectará las medidas que el **plan Aetna Better Health of Ohio** haya tomado antes de recibir esta solicitud.
- Puedo recibir una copia de esta solicitud pidiéndola por escrito a la dirección que aparece en esta forma.

Firma del miembro o del representante legal

Fecha

Nombre del representante legal del miembro en letra de imprenta (*si corresponde*)

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 Better Health of Ohio** al [1-855-364-0974](tel:1-855-364-0974) (TTY: [711](tel:711)), las 24 horas, todos los días.

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 Ohio es un plan de salud que tiene contrato con Medicare y Medicaid de Ohio para brindar los beneficios de ambos programas a las personas inscritas.