

Autorización para divulgar información protegida de salud

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 SoonerSelect?

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	
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	

“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 farmacia, de la vista)
- Cuidado a largo plazo Registros sobre el manejo de pacientes

Información confidencial (puede incluir información sobre diagnósticos o tratamientos)

- Trastorno por uso de sustancias (alcohol o drogas) VIH o sida
- Enfermedades de transmisión sexual
- Información sobre salud emocional y psicológica 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. ¿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 Better Health of Oklahoma 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 Better Health of Oklahoma al [1-844-365-4385](tel:1-844-365-4385).**

**Firme y envíe esta forma completa a la siguiente dirección: Aetna HIPAA Member Rights Team
P.O. Box 14079
Lexington, KY 40512-4079**

Los documentos también pueden enviarse por fax: 1-859-280-1272



Aetna Better Health® of Oklahoma

Aviso sobre la no discriminación

Aetna cumple con las leyes de derechos civiles federales vigentes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Tampoco excluye a las personas ni las trata de forma diferente por los motivos antes mencionados.

Aetna brinda lo siguiente:

- Asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidad para que puedan comunicarse con nosotros de manera eficaz, como los siguientes:
 - o Intérpretes del lenguaje de señas calificados.
 - o Información escrita en otros formatos (en letra grande, en audio, en formatos electrónicos accesibles, etc.).
- Servicios de idiomas gratuitos a personas cuyo idioma primario no es el inglés, como los siguientes:
 - o Intérpretes calificados.
 - o Información escrita en otros 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 o al **1-800-385-4104**.

Si cree que Aetna no le ha brindado estos servicios o lo ha discriminado de alguna otra forma por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentarle una queja formal a nuestro coordinador de derechos civiles:

Dirección: Attn: Civil Rights Coordinator
4750 S. 44th Place, Suite 150
Phoenix, AZ 85040-4015

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

Correo electrónico: **MedicaidCRCoordinator@aetna.com**

Puede presentar una queja formal en persona, por correo postal o por correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, nuestro coordinador de derechos civiles está a su disposición.

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 formato electrónico a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles (**<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**), por correo postal o por teléfono: 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)**.

Las formas de queja están disponibles en **<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>**.

“Aetna” es el nombre comercial que se utiliza en los productos y servicios ofrecidos por una o más de las compañías subsidiarias del grupo Aetna, entre las que se incluyen Aetna Life Insurance Company y sus filiales.

