

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 6 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 indicados a continuación.

Deseo compartir únicamente la información protegida de salud que indico a continuación. Esta autorización no es válida para compartir notas de psicoterapia.

- Toda información que se solicite
- Información de salud (médica, dental, de farmacia, de la visión y de la cuenta de gastos flexibles)
- Información de salud del comportamiento (salud mental, tratamiento por abuso de drogas y alcohol, pero NO las notas de psicoterapia)
- Incapacidad
- Seguro de vida
- Atención a largo plazo
- Registros sobre el manejo de pacientes
- Otra (explique) _____

4. Este formulario será válido por 1 año, a menos que a continuación se indique un período más corto.

Mi autorización es válida desde el _____ hasta el _____

MM/DD/AAAA MM/DD/AAAA

¹ AVISO PARA LAS PERSONAS QUE RECIBEN LA INFORMACIÓN (sección 2 más arriba):

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 del comportamiento 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 estos tipos 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 CFR (Code of Federal Regulations, Código de Reglamentaciones 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.

5. 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.
- Es posible que los residentes de Oklahoma también estén protegidos por la sección 1-502 de las leyes de dicho estado, relacionada con el VIH o sida y las enfermedades de transmisión sexual.

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.

6. 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:

**Aetna's HIPAA Member Rights Team
P.O. Box 14079
Lexington, KY 40512-4079**

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