



Autorización del miembro de Money² for Health para divulgar información protegida de salud

ECHS Category - PHIA

Mi registro de salud es confidencial y, por ley, constituye PHI (*Protected Health Information*, información protegida de salud).

Al completar y firmar este formulario, acepto (o mi representante legal acepta) permitirle a Aetna compartir mi PHI con la compañía mencionada a continuación.

Con "Aetna" también me refiero a las compañías subsidiarias y afiliadas, y a los empleados, agentes y subcontratistas.

Envíe un formulario de autorización por separado por cada miembro por el que Aetna esté recibiendo solicitudes para divulgar PHI. Si no se completa este formulario correctamente, Aetna no podrá procesar su solicitud. Tenga en cuenta que se devolverán las solicitudes de autorización incompletas.

COMPLETE LAS 6 SECCIONES EN SU TOTALIDAD.

1. Información personal

Nombre		Apellido		Inicial del segundo nombre	
Número de identificación de miembro		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)		Número de teléfono - -	
Calle			Ciudad, estado y código postal		

2. Autorizo a la compañía identificada más abajo a recibir mi PHI, incluida cualquier información confidencial sobre reclamos.¹

Compañía autorizada a recibir PHI: Citibank, N.A. para Money ² for Health (incluidos afiliadas, subsidiarias, subcontratistas y prestadores).

3. Objetivos de esta autorización

<p>El propósito de esta autorización es permitir la divulgación de determinados datos (fechas de servicio, montos en dólares, nombres de proveedores, etc.) a la compañía indicada en la sección 2 más arriba con el objetivo de facilitar el pago de reclamos del miembro.</p> <p>NOTA: Este formulario no puede utilizarse para autorizar la divulgación de notas de psicoterapia.</p> <p>Esta autorización será válida para toda la PHI que conserve Aetna.</p>
--

4. Este formulario será válido por un 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 que le brindó el proveedor puede indicar que existen ciertas afecciones, como el tratamiento por abuso de drogas o alcohol, el VIH/sida y otras enfermedades de transmisión sexual, la salud del comportamiento y la información de marcador genético. Esta información está protegida por varias leyes federales y estatales que prohíben que usted la divulgue 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 PHI a disposición de la compañía identificada en la sección 2 puede incluir información sobre diagnóstico y tratamiento, 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 la compañía mencionada 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:

Debo firmar el formulario si soy mayor de 12 años de edad.

6. Al firmar este formulario, autorizo la transmisión de mi información sobre reclamos y mi PHI a fin de recibir el pago de reclamos a través de Money² for Health. Asimismo, con mi firma, reconozco que es posible que el suscriptor vea esta información sobre reclamos y PHI durante el proceso de pago de reclamos.

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).

Complete este formulario, firmelo y envíelo a la siguiente dirección:

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

También puede enviarlo por fax: (859) 280-1272