



Revocación de autorización previamente acordada con Aetna

1. Información del miembro (información sobre la persona que revoca la autorización)

Apellido		Nombre		Inicial del segundo nombre
Número de identificación (ID) del miembro	Número de seguro social	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Número de teléfono durante el día (incluir código de área)	
Dirección completa		Ciudad, estado y código postal		

2. Autorización que se revoca (marque la casilla correspondiente)

<input type="checkbox"/>	Autorización para que Aetna divulgue información de salud a otras personas u organizaciones
<input type="checkbox"/>	Autorización para que Aetna solicite información de salud a otras personas u organizaciones
<input type="checkbox"/>	Autorización para que otras personas u organizaciones divulguen información de salud a Aetna

Nota: Si hay más de una autorización registrada en una categoría, TODAS serán revocadas a menos que entregue una copia de la autorización específica que desea revocar.

3. Importante: Con su firma a continuación, usted manifiesta que entiende y está de acuerdo con lo siguiente:

<ul style="list-style-type: none"> • Usted revoca su autorización, como se indicó anteriormente, para que Aetna utilice o divulgue su información protegida de salud, o la solicite a otras personas u organizaciones. • Entiende que la revocación de su autorización no afectará las acciones que Aetna haya realizado antes de recibir su notificación. • Puede obtener una copia de este formulario si la solicita por escrito a la dirección que figura más abajo. 	
Firma del miembro o del representante legal	Fecha
Nombre del representante legal del miembro en letra de imprenta (si corresponde)	

Si el representante legal del miembro realiza o firma esta solicitud, se debe adjuntar una copia del poder legal u otro documento pertinente que lo designe como representante.

Envíe este formulario completo a la siguiente dirección: Aetna HIPAA Member Rights Team
PO Box 14079
Lexington, KY 40512-4079
Fax: (859) 280-1272

Aetna cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina, excluye ni trata de manera diferente a ningún individuo por su raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad.

Aetna brinda servicios y asistencia gratuitos a las personas con discapacidades y a las que necesitan asistencia de idioma.

Si necesita un intérprete calificado, la información escrita en un formato alternativo, servicios de traducción u otro tipo de servicios, llame al número que figura en su tarjeta de identificación.

Si cree que no brindamos estos servicios de manera adecuada o que discriminamos por alguna de las características mencionadas más arriba, puede comunicarse con el Civil Rights Coordinator y presentarle una reclamación:

Civil Rights Coordinator,
P.O. Box 14462, Lexington, KY 40512 (clientes de CA HMO: P.O. Box 24030 Fresno, CA 93779),
1-800-648-7817, TTY: 711
Fax: 859-425-3379 (clientes de CA HMO: 860-262-7705), CRCoordinator@aetna.com.

También puede presentar una queja en el portal de quejas en Internet de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por escrito a U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509 F, HHH Building, Washington, DC 20201. Además, puede llamar al 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Aetna es el nombre comercial que se utiliza en los productos y servicios proporcionados por una o más de las compañías subsidiarias del grupo Aetna, entre las que se incluyen Aetna Life Insurance Company, los planes de Coventry Health Care y sus compañías afiliadas (Aetna).