



Solicitud de acceso a la información médica protegida (PHI)

Categoría ECHS - PHIA

La información médica protegida (PHI) se refiere a información sobre su salud. Este formulario debe estar completo y firmado para procesar esta solicitud.

1. ¿Quién es el miembro de Medicaid?

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. Descripción del informe de PHI

Una vez que recibamos este formulario de solicitud firmado, le proporcionaremos un informe de PHI. El informe incluirá los últimos 24 meses de información PHI que tengamos. Si desea recibir PHI que corresponda a otras fechas, complete las fechas a continuación.

Desde: _____ Hasta: _____

Si tiene beneficios de atención a largo plazo (LTC) y desea recibir esa información, marque el casillero correspondiente a continuación.

Deseo que el informe incluya información sobre LTC.

Deseo que en el informe solo se incluya información sobre LTC.

3. ¿A qué dirección desea que le enviemos este informe de PHI?

¿Quién recibirá este informe de PHI?

Miembro Representante legal del miembro

Padre o madre biológicos o adoptivos del miembro

Nombre del destinatario en letra de imprenta

Dirección del destinatario

Ciudad, estado y código postal

Información importante:

- Al firmar este formulario, autorizo a **Aetna Better Health of New Jersey** a proporcionar PHI sobre el miembro indicado en la **Sección 1** al destinatario indicado en la **Sección 3**.
- Esta aprobación es solo para esta solicitud.
- Este informe puede incluir información sobre enfermedades crónicas, afecciones de salud conductual, alcoholismo y abuso de sustancias, enfermedades contagiosas, enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA o marcadores genéticos.
- Este informe no incluye notas sobre psicoterapia.
- El destinatario podrá volver a divulgar la información incluida en este informe y posiblemente esta ya no estará protegida por las leyes federales o estatales de privacidad.

4. Firma del miembro o del representante autorizado

Firma	Fecha
Nombre en letra de imprenta	
Si un representante legal firmó este formulario, describa la relación que los vincula: (padre, tutor legal, persona con poder de representación, representante personal).	

Representante autorizado significa que usted cuenta con evidencia legal que indica que puede actuar en nombre de esta persona.

Un representante firma en nombre de una persona que, legalmente, no puede firmar por sí misma. Si el miembro es menor de 18 años, el padre o tutor legal debe firmar en nombre del menor. Si usted es un representante, cuando firma este formulario, debe enviar la evidencia legal que indica que puede actuar en nombre de esta persona.

¿Tiene alguna pregunta? Nosotros podemos ayudarle. **Llame al Departamento de Servicios para Miembros al [1-855-232-3596](tel:1-855-232-3596) (TTY [711](tel:711)).**

Firme y envíe este formulario completo a: **Aetna HIPAA Member Rights Team**
PO Box 14079
Lexington, KY 40512-4079

O envíelo por fax al: [859-280-1272](tel:859-280-1272)

Espere nuestra respuesta en el plazo de 30 días.

Aetna cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo.