



Solicitud de una justificación de divulgación de 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 justificación

Una vez que recibamos este formulario de solicitud firmado, le enviaremos un informe de justificación. En el informe, se incluye la divulgación de información por motivos que no estén relacionados con el “tratamiento”, el “pago” u “operaciones de atención médica”.

3. El período del informe de justificación no puede ser de más de seis (6) años desde la fecha de esta solicitud.

Mi solicitud corresponde a las siguientes fechas:

_____ hasta _____

MM/DD/AAAA MM/DD/AAAA

4. ¿A qué dirección desea que le enviemos este informe de justificación?

¿Quién recibirá este informe de justificación?

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 un informe de justificación de la divulgación de PHI sobre el miembro indicado en la **Sección 1** al destinatario indicado en la **Sección 4**.
- Esta aprobación es solo para esta solicitud.
- 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.
- No se incluirán las divulgaciones previas a los seis años antes de que se realice esta solicitud.

5. 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 60 días.

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