



OhioRISE, la atención de salud conductual especializada de Aetna Better Health® of Ohio

Autorización para la divulgación de información médica protegida (PHI)

La **información médica protegida (PHI)** se refiere a información sobre su salud. Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de su PHI. Al firmar este documento, usted nos brinda su autorización para compartir su PHI. Solo entregaremos la PHI que usted autorice y solo se la entregaremos a las personas o agencias que usted indique.

1. ¿Quién es el miembro de OhioRISE?

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. Es posible que Aetna utilice o entregue su PHI para los fines detallados en el aviso sobre prácticas de privacidad, así como a cualquier persona autorizada en este formulario. ¿A quién se le puede entregar la PHI?

Nombre de la persona o de la compañía	Número de teléfono
Calle	
Ciudad, estado y código postal	
Nombre de la persona o de la compañía	Número de teléfono
Calle	
Ciudad, estado y código postal	

“Aetna” también incluye las subsidiarias, las filiales, los empleados, los agentes y los subcontratistas de Aetna.

[AetnaBetterHealth.com/OhioRISE](https://www.aetna.com/betterhealth/ohio)

3. ¿Qué PHI podemos compartir?

Compartiremos **solo** la información médica protegida (PHI) que usted **autorice**.

Marque la casilla para indicar qué tipo de PHI nos autoriza a divulgar.

- Cualquier información solicitada Salud (médica, dental, farmacéutica y de la visión)
 Registros de coordinación de la atención Registros de administración de pacientes

Información confidencial: (puede incluir información sobre los diagnósticos o los tratamientos)

- Trastorno por abuso de sustancias (alcohol/drogas) VIH/sida
 Enfermedades de transmisión sexual
 Salud conductual/salud mental (pero NO las notas de psicoterapia)
 Otra información (explique) _____

¿Por qué divulga esta PHI?

Motivo/propósito:

4. Este formulario es válido durante 1 año, a menos que indique un período más corto a continuación.

Mi autorización es válida desde:

_____ hasta _____
 MM/DD/AAAA MM/DD/AAAA

“Aetna” también incluye las subsidiarias, las filiales, los empleados, los agentes y los subcontratistas de Aetna.

AetnaBetterHealth.com/OhioRISE

Al firmar a continuación, comprendo y acepto lo siguiente:

- Puedo retirar mi **autorización** escribiendo a la dirección que se encuentra en este formulario.
- Si retiro la **autorización**, no se recuperará la información médica protegida (PHI) que Aetna Better Health of Ohio ya haya compartido.
- Mi posibilidad de inscribirme al seguro no cambiará si no firmo este formulario.
- Quien obtenga mi PHI puede compartirla con otras personas.
- Quien obtenga mi PHI puede compartirla con otras personas. Eso significa que las leyes podrían no proteger mi PHI.
- La PHI que **autorizo** a compartir puede incluir lo siguiente:
 - Información sobre afecciones médicas y tratamiento
 - Enfermedades crónicas
 - Afecciones de salud mental/conductual
 - Diagnóstico o tratamiento de trastornos por abuso de sustancias (alcohol/drogas)
 - Enfermedades transmisibles, enfermedades de transmisión sexual (VIH/sida) e información sobre marcadores genéticos
- Puedo solicitar una copia de esta **autorización** escribiendo a la dirección que figura en este formulario.
- Aetna no compartirá mi PHI con quien yo mencioné, a menos que firme este formulario.

ATENCIÓN:

Debo firmar este formulario si ocurre algo de lo siguiente:

- Tengo 18 años o más.
- Tengo menos de 18 años y estoy casado/a o emancipado/a.
- Mi estado me permite recibir tratamiento, incluso si mis padres o tutor legal no están de acuerdo.
- La información médica protegida (PHI) sobre mí que se va a compartir puede incluir una o más de las siguientes afecciones:
 - Afecciones de salud mental/conductual
 - Diagnóstico o tratamiento de trastornos por abuso de sustancias (alcohol/drogas)
 - Enfermedades de transmisión sexual (que incluye VIH/SIDA)
 - Salud reproductiva (incluidos métodos anticonceptivos, atención prenatal y aborto)

“Aetna” también incluye las subsidiarias, las filiales, los empleados, los agentes y los subcontratistas de Aetna.

[AetnaBetterHealth.com/OhioRISE](https://www.aetna.com/ohio-rise)

6. Firma del miembro o del representante autorizado.

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

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

Ser un **representante autorizado** significa que usted cuenta con la evidencia escrita adecuada que indica que puede actuar en nombre de esta persona.

Si el miembro es menor de 18 años, el padre o tutor legal debe firmar en nombre del menor. Si usted es un representante autorizado, al firmar este formulario, debe enviar la evidencia escrita adecuada que indica que puede actuar en nombre de esta persona.

¿Tiene alguna pregunta? **Nosotros podemos ayudarle. Llame a Aetna al [1-833-711-0773 \(TTY: 711\)](tel:1-833-711-0773).**

Firme y envíe este formulario completo a:

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

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

“Aetna” también incluye las subsidiarias, las filiales, los empleados, los agentes y los subcontratistas de Aetna.

AetnaBetterHealth.com/OhioRISE