

Autorización para divulgar ECHS Category - PHIA información protegida de salud

Mi registro de salud es confidencial y, por ley, constituye "información protegida de salud".

Al completar y firmar este formulario, acepto (o mi representante legal acepta) permitirle a Allina Health | Aetna compartir mi información protegida de salud con las personas o compañías mencionadas a continuación. Con "Allina Health | Aetna" también me refiero a las compañías subsidiarias y afiliadas, y a los empleados, agentes y subcontratistas.

COMPLETE LAS SECCIONES EN SU TOTALIDAD.

1. Información personal

Mi nombre	Apellido	Inicial del segundo nombre
Mi número de identificación de miembro	Mi fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Mi número de teléfono
Calle		Ciudad, estado, código postal

2. Allina Health | Aetna puede compartir mi información protegida de salud con las siguientes personas o compañías:

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

3. Allina Health | Aetna SOLO puede compartir los registros elegidos de la lista que figura a continuación.

Debe marcar todos los tipos de información que quiere que se compartan. Esta autorización no puede utilizarse para compartir notas de psicoterapia.

- Información de salud (médica, dental, de farmacia, de la visión y de la cuenta de gastos flexible)
 Registros sobre la atención a largo plazo Registros sobre el manejo de pacientes
 Información sobre trastorno por uso de sustancias (alcohol o drogas) Información sobre VIH y sida
 Información sobre enfermedades de transmisión sexual
 Información sobre salud del comportamiento o salud mental (EXCEPTO las notas de psicoterapia)
 Otro (explique) _____

4. Al firmar este formulario, autorizo a Allina Health | Aetna a divulgar la información de más abajo con el siguiente propósito.

Marque una de las siguientes opciones:

- Por solicitud mía (sin un propósito específico) Propósito específico: _____

5. Este formulario será válido durante 1 año, a menos que se indique un período más corto debajo.

Mi autorización es válida desde el _____ hasta el _____ MM/DD/AAAA MM/DD/AAAA
--

6. Al firmar a continuación, entiendo y estoy de acuerdo con lo siguiente:

- La información protegida de salud que acepto compartir puede ser confidencial. Puede incluir información sobre diagnósticos y tratamientos, sobre 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 Allina Health | Aetna una solicitud firmada a la dirección que figura al final de este formulario.
- Allina Health | Aetna no divulgará mi información protegida de salud a las personas o compañías mencionadas 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 Allina Health | Aetna, a la dirección que figura al final de este formulario.
- Si cancelo la autorización, eso no afectará las medidas que Allina Health | 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.

ATENCIÓN:

Se necesita mi firma en los siguientes casos:

- Soy mayor de 18 años de edad.
- Soy menor de 18 y estoy casado o emancipado.
- La información que se divulga está relacionada con un tratamiento por abuso de drogas o alcohol.
- La información que se divulga está relacionada con una de las siguientes enfermedades y el estado me permite recibir tratamiento, aunque mis padres o tutores legales no estén de acuerdo con mi decisión:
 - salud mental;
 - enfermedades de transmisión sexual (se incluyen el VIH o sida);
 - Salud reproductiva (se incluyen la anticoncepción, la atención prenatal y el aborto);
 - salud médica y dental en general.

7. Mi firma o la de mi representante legal.

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).
- Si presenta esta solicitud en nombre de un menor, es posible que le pidamos información adicional para completar la solicitud.

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

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

También puede enviarlo por fax: **859-280-1272**

Aviso sobre la no discriminación

Allina Health | Aetna cumple con las leyes de derechos civiles federales vigentes y no discrimina ilegalmente, excluye ni trata a las personas de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, sexo o discapacidad.

Además, brindamos asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades y que necesitan asistencia de idiomas.

Si necesita un intérprete calificado, información escrita en otros formatos, traducciones u otros servicios, llame al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación.

Si cree que no hemos brindado estos servicios o que lo hemos discriminado de alguna manera por pertenecer a una de las clases protegidas mencionadas más arriba, puede comunicarse con el coordinador de derechos civiles y presentar una reclamación a la siguiente dirección:

Civil Rights Coordinator,
P.O. Box 14462, Lexington, KY 40512,
1-800-648-7817, TTY: **711**,
fax: **859-425-3379**, CRCoordinator@aetna.com.

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

Los planes de salud son ofrecidos, asegurados o administrados por Allina Health and Aetna Insurance Company (Allina Health | Aetna). Allina Health | Aetna es una filial de Aetna Life Insurance Company y sus filiales (Aetna). Aetna ofrece ciertos servicios de administración a Allina Health | Aetna. Allina Health | Aetna tiene responsabilidad financiera exclusiva sobre sus propios productos.

TTY:711

English	To access language services at no cost to you, call the number on your ID card.
Spanish	Para acceder a los servicios lingüísticos sin costo alguno, llame al número que figura en su tarjeta de identificación.
Hmong	Yuav kom tau kev pab txhais lus tsis muaj nqi them rau koj, hu tus naj npawb ntawm koj daim npav ID.
Cushitic-Oromo	Tajaajiloota afaanii gatii bilisaa ati argaachuuf,lakkoofsa fuula waraaqaa eenyummaa (ID) kee irraa jiruun bilbili.
Vietnamese	Để sử dụng các dịch vụ ngôn ngữ miễn phí, vui lòng gọi số điện thoại ghi trên thẻ ID của quý vị.
Chinese Traditional	如欲使用免費語言服務，請撥打您健康保險卡上所列的電話號碼
Russian	Для того чтобы бесплатно получить помощь переводчика, позвоните по телефону, приведенному на вашей идентификационной карте.
Lao	ເພື່ອເຂົ້າໃຊ້ບໍລິການພາສາທີ່ບໍ່ສອຄ່າ, ໃຫ້ໂທຫາເບີໂທຢູ່ໃນບັດປະຈຳຕົວຂອງທ່ານ.
Amharic	የቋንቋ አገልግሎቶችን ያለክፍያ ለማግኘት፣ በመታወቂያዎት ላይ ያለውን ቁጥር ይደውሉ።
Karen	လၢၣ်တၢကမ့ၣ်ကိၣ်တၢမၤစၢအတၢဖံးတၢမၤတဖၣ် လၢၣ်တၢအိၣ်ဒီးအပူၤလၢၣ်နကဘၣ်ဟ့ၣ်အိၣ်အိၣ်ကိးဘၣ်လိတံစိနီၣ်ဂံၢ်လၢၣ်အိၣ်လၢၣ်နခိၣ်ဂံၢ် ၁ (၅) အလံၤတက့ၢၣ်
German	Um auf den für Sie kostenlosen Sprachservice auf Deutsch zuzugreifen, rufen Sie die Nummer auf Ihrer ID-Karte an.
Mon-Khmer, Cambodian	ដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មភាសាដែលឥតគិតថ្លៃសម្រាប់លោកអ្នក សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់លេខដែលមាននៅលើប័ណ្ណសម្គាល់ខ្លួនរបស់លោកអ្នក។
Arabic	للحصول على الخدمات اللغوية دون أي تكلفة، الرجاء الاتصال على الرقم الموجود على بطاقة اشتراكك.
French	Pour accéder gratuitement aux services linguistiques, veuillez composer le numéro indiqué sur votre carte d'assurance santé.
Korean	무료 다국어 서비스를 이용하려면 보험 ID 카드에 수록된 번호로 전화해 주십시오.
Tagalog	Upang ma-access ang mga serbisyo sa wika nang walang bayad, tawagan ang numero sa iyong ID card.

MN GT ID 2017 V 2.1