



# Formulario de solicitud de acceso a información protegida de salud

Para que Allina Health | Aetna procese la solicitud, este formulario debe completarse y firmarse según corresponda. Si desea recibir información sobre más de un miembro, envíe un formulario completo por separado por cada miembro.

## 1. Información del miembro (información sobre la persona cuyos registros se solicitan)

|                          |                      |                                  |  |                            |
|--------------------------|----------------------|----------------------------------|--|----------------------------|
| Apellido                 |                      | Nombre                           |  | Inicial del segundo nombre |
| Número de identificación | N.º de Seguro Social | Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) | Número de teléfono durante el día (incluir código de área) |                            |
| Dirección                |                      | Ciudad, estado y código postal   |  |                            |

## 2. Información del suscriptor

(En general, el suscriptor es el empleado que obtiene cobertura para su familia. Complete esta sección si el suscriptor no es el miembro cuyos registros se solicitan). Esta sección no se aplica a la atención a largo plazo.

|                          |                      |                                  |  |                            |
|--------------------------|----------------------|----------------------------------|--|----------------------------|
| Apellido                 |                      | Nombre                           |  | Inicial del segundo nombre |
| Número de identificación | N.º de Seguro Social | Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) | Número de teléfono durante el día (incluir código de área) |                            |
| Dirección                |                      | Ciudad, estado y código postal   |  |                            |

## 3. Descripción del informe de acceso a información protegida de salud

Una vez que se reciba este formulario de solicitud de acceso a información protegida de salud (PHI) firmado, brindaremos un informe de acceso a PHI que incluya información sobre los reclamos médicos, dentales y de farmacia en línea de los últimos 3 meses. Si este informe es suficiente, no es necesario que seleccione ninguna de las opciones en esta sección. Sin embargo, debe completar la sección 4 o 5 (según corresponda a esta solicitud). Indique a continuación si usted tiene una solicitud más específica.

Si en lugar de los datos sobre reclamos de los últimos 3 meses, prefiere que el informe de acceso a PHI incluya información sobre reclamos que pertenece a un período diferente, indique ese período a continuación:

Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_

Si recibe reembolsos por gastos médicos a través de una cuenta de gastos flexible (FSA) administrada por Aetna y desearía que le envíen un informe de pagos de la FSA, marque la casilla correspondiente más abajo, complete el resto del formulario de solicitud de acceso a PHI (incluida la firma necesaria en la sección 4 o 5, según corresponda). Además, el suscriptor o su representante legal debe firmar la autorización en la sección 4 o 5, según corresponda.

- Deseo que el informe de acceso a la PHI incluya información de la FSA.
  Solo deseo que envíen información de la FSA.

Si usted recibe beneficios del plan de atención a largo plazo (LTC) de Aetna y desea que se le envíe información sobre dicho plan, marque la casilla correspondiente más abajo.

- Deseo que el informe de acceso a PHI incluya información del plan de LTC.
  Solo deseo que envíen información del plan de LTC.

### Notificación importante para quienes firman este formulario de solicitud de acceso a PHI:

- El informe de acceso a PHI provisto en respuesta a esta solicitud puede incluir información de diagnóstico y tratamiento, como información relacionada con enfermedades crónicas, afecciones de salud del comportamiento, abuso de sustancias o alcohol, enfermedades contagiosas, enfermedades de transmisión sexual, VIH o sida o información de marcador genético.
- Toda información sobre la FSA solicitada incluirá información relacionada con todos los dependientes cubiertos del suscriptor.

**4. Si se solicita el envío del informe de acceso a PHI al miembro, a su representante legal o a su madre o padre (en caso de que sea un menor no emancipado), quien lo reciba debe completar la sección 4.**

|  |                                |
|--|--------------------------------|
| Quien recibe el informe de acceso a PHI es la siguiente persona:   |                                |
| <input type="checkbox"/> Miembro <input type="checkbox"/> Representante legal del miembro<br><input type="checkbox"/> Padre o madre naturales o adoptivos del miembro (autorizados por ley para actuar en representación del menor no emancipado identificado en la sección 1) |                                |
| Firma de la persona que recibe el informe  | Fecha                          |
| Nombre de la persona que recibe el informe (en letra de imprenta)  |                                |
| Dirección completa de la persona que recibe el informe   | Ciudad, estado y código postal |
| Firma del suscriptor o del representante legal del suscriptor ( <b>obligatorio si se incluye información de la FSA</b> )   | Fecha                          |
| Nombre del representante legal del suscriptor en letra de imprenta ( <i>si corresponde</i> )   |                                |

Si el representante legal del miembro o del suscriptor firma esta solicitud, debe brindar una copia del poder legal para atención de salud u otro documento pertinente que lo autorice a actuar en nombre del miembro o del suscriptor, según corresponda.

**5. Autorización para divulgar PHI (completar si el informe de acceso a PHI debe enviarse a una persona que no es el miembro, a su representante legal o a su padre o madre si se trata de un menor no emancipado)**

|  |                                |                            |
|--|--------------------------------|----------------------------|
| Por la presente autorizo a Allina Health and Aetna Insurance Company (Allina Health   Aetna), y a cualquiera de sus matrices, subsidiarias, filiales y a sus respectivos empleados, agentes y subcontratistas, a divulgar PHI relacionada con el miembro identificado más abajo. |                                |                            |
| Firma del miembro, del representante legal del miembro, o del padre o de la madre naturales o adoptivos del miembro (autorizados por ley para actuar en representación del menor no emancipado identificado en la sección 1)   | Fecha                          |                            |
| Nombre del miembro, del representante legal del miembro, o del padre o de la madre del miembro (en letra de imprenta)  |                                |                            |
| Firma del suscriptor o del representante legal del suscriptor ( <b>obligatorio si se incluye información de la FSA</b> )   | Fecha                          |                            |
| Nombre del representante legal del suscriptor en letra de imprenta ( <i>si corresponde</i> )   |                                |                            |
| Apellido de la persona autorizada para recibir el informe  | Nombre                         | Inicial del segundo nombre |
| Dirección completa de la persona autorizada para recibir el informe  | Ciudad, estado y código postal |                            |

**6. Dónde enviar este formulario**

|  |
|--|
| <p><b>Envíe este formulario completo a la siguiente dirección: HIPAA Member Rights Department<br/>         PO Box 14079<br/>         Lexington, KY 40512-4079<br/>         Fax: 859-280-1272</b></p> <p>Le responderemos en 30 días.</p> |
|--|

## **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](mailto: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                  | ເພື່ອເຂົ້າເຖິງບໍລິການພາສາທີ່ບໍ່ເສຍຄ່າ, ໃຫ້ໂທຫາເບີໂທຢູ່ໃນບັດປະຈຳຕົວຂອງທ່ານ.  |
| Amharic              | የቋንቋ አገልግሎቶችን ያለክፍያ ለማግኘት፣ በመታወቂያዎች ላይ ያለውን ቁጥር ይደውሉ።   |
| Karen                | လၢၣ်တၢ်ကမ္ဘၤကျိၣ်တၢ်မၤစၢၣ်အတၢ်ဝံးတၢ်မၤတဖၣ်<br>လၢၣ်တၢ်အိၣ်ဒီးအပူၤလၢၣ်န့ၣ်ကဘၣ်ဟ့ၣ်အိၣ်အဂီၢ်ကိးဘၣ်လိတဲၣ်စိနီၣ်ကံၤလၢၣ်အိၣ်လၢၣ်န့ၣ်ခိၣ်ကံၤ ၁ (၅၅) အလိၣ်တၢ်က့ၢ်ၣ် |
| German               | Um auf den für Sie kostenlosen Sprachservice auf Deutsch zuzugreifen, rufen Sie die Nummer auf Ihrer ID-Karte an.   |
| Mon-Khmer, Cambodian | ដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មភាសាដែលឥតគិតថ្លៃសម្រាប់លោកអ្នក<br>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