



OhioRISE, cuidado especializado de salud emocional y psicológica de Aetna Better Health® of Ohio

Autorización para divulgar información protegida de salud

La información protegida de salud (PHI) hace referencia a la información sobre su salud. La legislación federal y estatal protege la privacidad de su PHI. Al firmar este documento, nos **autoriza** a compartir su PHI. Solo divulgaremos la PHI a las personas o agencias que usted mencione.

1. ¿Quién es el miembro de OhioRISE?

Nombre	Apellido	Inicial del segundo nombre
Número de identificación de miembro	Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)	Número de teléfono
Calle		
Ciudad, estado, código postal		

“Aetna” también incluye a sus compañías subsidiarias, filiales, empleados, agentes y subcontratistas.

AetnaBetterHealth.com/OhioRISE

2. Aetna puede usar o divulgar PHI con los fines descritos en su *Aviso de prácticas de privacidad* y también puede compartirla con cualquier persona autorizada a través de esta forma. ¿Con quién se puede compartir la PHI?

Cualquier clase o categoría de personas o entidades relacionadas con el cuidado que recibí en virtud de la cobertura de mi plan del Departamento de Medicaid de Ohio (ODM). Incluye al ODM, y a cualquiera de los siguientes que haya pagado en mi nombre o me haya brindado tratamiento o servicios de cuidado de salud: planes de salud, entidades de manejo del cuidado, médicos, proveedores, profesionales del cuidado de la salud, hospitales, clínicas, laboratorios, farmacias, centros médicos, compañías de seguros o agencias de cuidado de salud en el hogar.

Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

3. ¿Qué tipo de PHI podemos compartir?

Solo la PHI que usted nos **autorice** a compartir.

Indíquenos el tipo de PHI marcando la casilla correspondiente.

- Cualquier información solicitada
- Información de salud (médica, dental, farmacia, vista)
- Registros sobre coordinación del cuidado
- Registros sobre manejo de pacientes

Información confidencial

(puede incluir información sobre diagnósticos o tratamientos):

- Trastorno por uso de sustancias (alcohol o drogas) VIH o sida
- Enfermedades de transmisión sexual
- Información sobre salud emocional y psicológica o salud mental
(EXCEPTO las notas de psicoterapia)

Otro (explique) _____

“Aetna” también incluye a sus compañías subsidiarias, filiales, empleados, agentes y subcontratistas.

AetnaBetterHealth.com/OhioRISE

4. ¿Por qué permite que se comparta esta PHI?

Motivo o finalidad:

Proporcionar a cuidadores, administradores del cuidado, representantes legales y otras personas antes indicadas la información requerida a través de FamilyCare Central y otros medios.

5. Esta forma será válida durante 1 año, a menos que se indique un período más corto debajo.

Mi autorización es válida desde el:

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

Al firmar más abajo, entiendo y estoy de acuerdo con lo siguiente:

- Puedo anular mi **autorización** escribiendo a la dirección que aparece en esta forma.
- Anular mi **autorización** no afectará a la PHI que Aetna Better Health of Ohio ya haya compartido.
- Mi oportunidad de inscribirme en un seguro no cambiará si no firmo esta forma.
- Es posible que quien reciba mi PHI la comparta con otras personas. Esto significa que es posible que las leyes no puedan proteger mi PHI.
- La PHI que **autorizo** a compartir puede incluir:
 - Información sobre enfermedades y tratamientos
 - Enfermedades crónicas
 - Trastornos de salud mental o de salud emocional y psicológica
 - Diagnóstico o tratamiento de trastornos por uso de sustancias (alcohol o drogas)
 - Enfermedades transmisibles, enfermedades de transmisión sexual (como el VIH o el sida) e información de marcadores genéticos
- Puedo recibir una copia de esta **autorización** solicitándola por escrito a la dirección que aparece en esta forma.
- Debo firmar esta forma para que Aetna comparta mi PHI con quienes yo haya mencionado.

“Aetna” también incluye a sus compañías subsidiarias, filiales, empleados, agentes y subcontratistas.

AetnaBetterHealth.com/OhioRISE

ATENCIÓN:

Si alguna de las siguientes opciones es correcta, debo firmar esta forma:

- Tengo 18 años de edad o más.
- Soy menor de 18 años y estoy casado o emancipado.
- El estado donde vivo me permite recibir tratamiento incluso si mis padres o tutores legales no están de acuerdo.
- La PHI que autorizo a compartir puede incluir una o más de las siguientes enfermedades:
 - Trastornos de salud mental o de salud emocional y psicológica
 - Diagnóstico o tratamiento de trastornos por uso de sustancias (alcohol o drogas)
 - Enfermedades de transmisión sexual (incluido el VIH y el sida)
 - Salud reproductiva (incluida la anticoncepción, el cuidado prenatal y el aborto)

6. Firma del miembro o del representante autorizado

Firma	Fecha
Nombre en letra de imprenta	
Si esta forma fue firmada por un representante legal, describa la relación (padre, madre, tutor legal, representante con poder legal, representante personal):	
Fecha de nacimiento:	

Ser representante autorizado significa que tiene la debida prueba escrita que demuestra que puede actuar en representación de esta persona. Si el miembro es menor de 18 años, su padre, madre o tutor legal deberán firmar en su nombre. Si usted es representante autorizado, además de firmar esta forma, debe enviar debida prueba escrita que demuestre que puede actuar en nombre de esta persona.

¿Tiene preguntas? Podemos ayudarlo. Comuníquese con Aetna al [1-833-711-0773](tel:1-833-711-0773) (TTY: [711](tel:711)).

Firme y envíe la forma que ha completado a: **Aetna HIPAA Member Rights Team**
PO Box 14079
Lexington, KY 40512-4079
También puede enviarla por fax
al 859-280-1272.

“Aetna” también incluye a sus compañías subsidiarias, filiales, empleados, agentes y subcontratistas.

AetnaBetterHealth.com/OhioRISE