

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 Banner | Aetna compartir mi información protegida de salud con las personas o compañías mencionadas a continuación. Con "Banner | 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. Banner|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. Banner|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 Banner|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 Banner | Aetna una solicitud firmada a la dirección que figura al final de este formulario.
- Banner | 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 Banner | Aetna, a la dirección que figura al final de este formulario.
- Si cancelo la autorización, eso no afectará las medidas que Banner | 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**

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

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  
Correo electrónico: [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 HHS (Department of Health and Human Services, 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 a 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).

**Banner|Aetna es el nombre comercial que se utiliza en los productos y servicios brindados por Banner Health y Aetna Health Insurance Company y por Banner Health y Aetna Health Plan Inc. Los planes de beneficios y de seguro de salud son ofrecidos o asegurados por Banner Health y Aetna Health Insurance Company y por Banner Health y Aetna Health Plan Inc. (Banner|Aetna). Cada compañía de seguros tiene responsabilidad financiera exclusiva sobre sus propios productos. Banner Health y Aetna Health Insurance Company, y Banner Health y Aetna Health Plan Inc. son filiales de Banner Health y de Aetna y sus filiales (Aetna). Aetna ofrece ciertos servicios de administración a Banner|Aetna.**

