



# Autorización para Revelar Información Confidencial de la Salud

Por este medio, yo autorizo a Aetna Life Insurance Company y a cualquiera de sus oficinas centrales, subsidiarias u otras compañías filiales (inclusive, pero no limitado a, Aetna Health Management, Inc., a los Planes HMO afiliados con Aetna y a U.S. Quality Algorithms), y a sus agentes y subcontratistas respectivos, a revelar información confidencial relacionada con el miembro/asegurado mencionado más abajo.

**ENTIENDO QUE DOY ESTA AUTORIZACIÓN POR MI PROPIA VOLUNTAD.**

*Sírvase escribir todas sus respuestas en letra de molde*

**Si usted no llena por completo ambos lados de este formulario, Aetna no podrá procesar su solicitud. Las solicitudes que estén incompletas serán devueltas a usted.**

**1. Información sobre el miembro/asegurado**

Apellido		Nombre		Inicial del nombre del medio
Número de la tarjeta de identificación del miembro	Número del seguro social	Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año, p.ej.00/00/0000)	Número de teléfono durante el día (incluya el código del área)	
Dirección (calle)		Ciudad, Estado y Código Postal		

**2. Autorizo que la persona o la compañía mencionada a continuación reciba información confidencial relacionada con la salud del miembro/asegurado mencionado anteriormente.**

Persona o compañía autorizada a recibir información confidencial		Número de teléfono durante el día (incluya el código del área)		
Dirección (calle)		Ciudad, Estado y Código Postal		
Persona o compañía autorizada a recibir información confidencial		Número de teléfono durante el día (incluya el código del área)		
Dirección (calle)		Ciudad, Estado y Código Postal		
Persona o compañía autorizada a recibir información confidencial		Número de teléfono durante el día (incluya el código del área)		
Dirección (calle)		Ciudad, Estado y Código Postal		

**3. Finalidad de esta autorización**

**Esta autorización es para que Aetna:**

- Responda a todas las solicitudes de información confidencial que hagan las personas o compañías nombradas anteriormente en la Sección 2.
- Responda a las solicitudes de información referente a lo especificado a continuación: (por ejemplo, para revelar la información relacionada con una reclamación de beneficios presentada por un proveedor determinado)

**Si esta autorización se aplica a información que está en vigor durante un plazo de tiempo determinado, sírvase indicar la fecha:** desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_  
mes/día/año (00/00/0000) mes/día/año (00/00/0000)

**4. Tipo de cobertura a la que aplica esta autorización (marque todos los cuadros apropiados):**

- Beneficios por Incapacidad  Beneficios por Atención de Término Largo (Long Term Care)
- Beneficios de Atención de la Salud (Esto incluye los beneficios médicos, dentales, de farmacia, de la vista y las cuentas de gastos flexibles)

**5. Descripción de la información a ser comunicada o revelada: (marque todos los cuadros apropiados)**

- Información relacionada con la solicitud o inscripción
- Registros referentes a las reclamaciones de beneficios
- Información sobre las reclamaciones de beneficios en trámite
- Registros de información general sobre el paciente
- Otra: (sírvase especificar) \_\_\_\_\_

**6. IMPORTANTE: Su firma a continuación significa que usted entiende y está de acuerdo con lo siguiente:**

- La información confidencial sobre la salud del miembro/asegurado proporcionada de conformidad con lo dispuesto en esta autorización podría incluir información relacionada con: el diagnóstico y tratamiento de enfermedades crónicas, condiciones de salud relacionadas con la conducta, alcoholismo o abuso de sustancias químicas, enfermedades contagiosas, incluyendo el Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV)/SIDA, y/o información genética (genetic marker information). Estos expedientes formarán parte de la información que se proporcionará a las personas o compañías nombradas anteriormente en la Sección 2.
- La información revelada conforme a lo dispuesto en esta autorización podría a su vez ser revelada por el receptor de la misma y dejar de estar protegida por los reglamentos federales de confidencialidad.
- Si la persona o compañía que usted autorizó para que reciba información confidencial sobre usted solicita copias de reclamaciones así como información relacionada con los servicios ofrecidos por un proveedor por los cuales no se presenta una reclamación para el pago de beneficios (encounter information), es posible que cobremos un cargo razonable (excepto cuando esté prohibido por ley) para cubrir los gastos de las copias y del envío.
- Usted entiende que el hecho de no firmar este formulario no impedirá que usted se inscriba en un plan de Aetna, así como tampoco afectará su elegibilidad para los beneficios ni los pagos por los servicios. (Sin embargo, sin su firma, no se cumplirá su petición para revelar a un tercero la información descrita anteriormente.)
- Usted entiende que podría recibir una copia de este formulario, si así lo solicita por escrito, y envía dicho escrito a la dirección que aparece más adelante en esta página.
- Usted entiende que esta autorización expirará un año después de la fecha en que usted firme dicha autorización. Usted también entiende que si firma este formulario, puede revocar la autorización en cualquier momento si se lo notifica por escrito a Aetna y envía dicho escrito a la dirección que figura a continuación. Sin embargo el hecho de que usted revoque esta autorización no afectará la forma en que Aetna puso su autorización en práctica antes de haber recibido su notificación para revocar la autorización.

**7. Firma del miembro/asegurado o del representante legal del miembro/asegurado**

Firma del miembro/asegurado, del representante legal del miembro/asegurado, o del padre o madre del miembro/asegurado (si el miembro/asegurado no ha cumplido la mayoría de edad y no ha recibido emancipación)	Fecha
---	-------

Nombre

**Si la persona que firma esta Autorización no es el Miembro,** describa su parentesco con el Miembro:

- Padre o madre biológico o adoptivo de un hijo menor de edad que no ha recibido emancipación
- Representante legal (p.ej. alguien autorizado legalmente para obrar en nombre del miembro/asegurado)

Si el representante legal del miembro/asegurado (que no es el padre o madre de un hijo menor que no ha recibido emancipación) firma esta autorización, usted tendrá que proporcionar una copia del documento que otorga poder como representante en lo que se refiere a la atención de la salud (power of attorney), u otro documento relacionado que lo autoriza a obrar en nombre del miembro/asegurado.

**Sírvase llenar por completo el formulario y enviarlo a:** Aetna Legal Support Services  
151 Farmington Avenue, W121  
Hartford, CT 06156-9998  
Fax: (860) 907-3017