

4. Propósito de esta autorización (continuación)

Esta autorización se aplicará a toda la información médica protegida que Aetna conserve en sus archivos, a menos que a continuación usted requiera que solamente se aplique a cierto tipo de información.

Descripción de la información a ser suministrada:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Información relacionada con la solicitud o inscripción del miembro | <input type="checkbox"/> Información sobre las reclamaciones de beneficios en trámite |
| <input type="checkbox"/> Registros referentes a las reclamaciones de beneficios | <input type="checkbox"/> Registros de información general sobre el paciente |
| <input type="checkbox"/> Otra: (Por favor especifique) _____ | |

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

- La información médica protegida suministrada de conformidad con lo dispuesto en esta autorización podría incluir información relacionada con diagnósticos y tratamientos, inclusive información relacionada con enfermedades crónicas, condiciones de salud relacionadas con la salud mental, alcoholismo o abuso de sustancias químicas, enfermedades contagiosas, enfermedades transmitidas sexualmente, el Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV)/SIDA, y/o información genética. Estos expedientes formarán parte de la información que se proporcionará a las personas o entidades nombradas anteriormente en la Sección 3 más arriba.
- La información suministrada 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 las leyes y regulaciones de confidencialidad tanto federales como estatales.
- Si la persona o entidad que usted nombró en la Sección 3 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, es posible que cobremos un cargo razonable (excepto cuando esté prohibido por ley) para cubrir los gastos de las copias y del envío.
- 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 suministrar información a los nombrados en la Sección 3.)
- Usted puede solicitar por escrito una copia de este formulario completo y firmado. Por favor envíe el escrito a la dirección que figura a continuación.
- Esta autorización expirará un año después de la fecha en que fue firmada. 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 la revocación de esta autorización no afectará las acciones de Aetna en respuesta a la firma de esta autorización.

6. Firma del Miembro o del Representante Legal del Miembro.

Menores de edad deben firmar este formulario **si** (marque los casilleros apropiados):

1. el menor es casado o emancipado o,
2. la autorización para suministrar la información se refiere a tratamiento por drogadicción o alcoholismo o,
3. la autorización para revelar la información se refiere al tratamiento de enfermedades mentales y la ley del estado aplicable permite a los menores recibir dicho tratamientos sin el consentimiento de sus padres.
* < 19 años (Nebraska y Alabama); < 21 años (Pennsylvania); < 18 años (todos los otros estados)

Todos los otros solicitantes deben firmar (marque los casilleros apropiados)

4. el miembro o representante legal del miembro o,
5. el padre del menor no emancipado, a no ser que el menor haya firmado en el cuadro de la izquierda y el casillero 3 haya sido marcado o,
6. El padre de un menor no emancipado si la autorización para suministrar la información se refiere al tratamiento de la drogadicción o alcoholismo y la ley del estado aplicable NO permite a los menores recibir dicho tratamientos sin el consentimiento de sus padres. (Nota: En este caso firma del padre y del menor son necesarias.)

Firma	Fecha	Firma	Fecha
Nombre Completo		Nombre Completo	

Si la persona que firma esta Autorización no es el miembro, describa la relación con el miembro (Ej.: Padre, Representante legal):

Si esta Autorización es firmada por el representante legal usted debe proporcionar una copia del poder legal o cualquier otro documento que le otorgue el poder de actuar en representación del miembro.

Envíe este formulario completo y cualquier otra información necesaria a:

Aetna Voluntary Plans
Attn: Authorization for Release
PO Box 14079
Lexington KY 40512-4079
Fax: (859) 455-8650

NOTICIA A LOS RECEPTORES DE LA INFORMACION EN LA SECCION 3:

La información relacionada con tratamientos por drogadicción o alcoholismo que fuera suministrada a Usted se encuentra protegida por leyes y regulaciones tanto federales como estatales de confidencialidad (42 CFR Part2), que prohíben cualquier diseminación mas allá de la realizada a Usted sin el consentimiento escrito y expreso de la persona a quien la información pertenece o de acuerdo a lo dispuesto por 42 CFR Part2. Una autorización general para la diseminación de información médica u otro tipo de información confidencial NO es suficiente a los propósitos indicados. Las leyes federales prohíben todo uso de la información suministrada para investigar o procesar criminalmente a pacientes por abuso de sustancias prohibidas y alcohol.

Aviso de no discriminación

Aetna cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Aetna ofrece recursos o servicios gratuitos a las personas con discapacidades y para las personas que necesitan ayuda en el idioma.

Si usted necesita un intérprete calificado, información por escrito en otros formatos, traducción u otros servicios, llame al 1-888-772-9682.

Si considera que hemos fracasado en proporcionar estos servicios o, de otra manera, discriminado en base a una clase protegida como se ha indicado anteriormente, también puede presentar una queja formal ante el Coordinador de Derechos Civiles poniéndose en contacto con:

Civil Rights Coordinator,
P.O. Box 14462, Lexington, KY 40512 (CA HMO customers: PO Box 24030 Fresno, CA 93779),
1-800-648-7817, TTY: 711,
Fax: 859-425-3379 (CA HMO customers: 860-262-7705), CRCoordinator@aetna.com.

También puede presentar una queja de derechos civiles con el U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, al: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, o llamar al 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Aetna es la marca utilizada para los productos y servicios proporcionados por una o más de las compañías subsidiarias del grupo Aetna, incluyendo Aetna Life Insurance Company, planes de Coventry Health Care y sus afiliadas (Aetna).

Disponibilidad de servicios de asistencia lingüística

TTY: 711

For language assistance in your language call 1-888-772-9682 at no cost. (English)

Para obtener asistencia lingüística en español, llame sin cargo al 1-888-772-9682. (Spanish)

欲取得繁體中文語言協助，請撥打1-888-772-9682，無需付費。(Chinese)

Pour une assistance linguistique en français appeler le 1-888-772-9682 sans frais. (French)

Para sa tulong sa wika na nasa Tagalog, tawagan ang 1-888-772-9682 nang walang bayad. (Tagalog)

Benötigen Sie Hilfe oder Informationen in deutscher Sprache? Rufen Sie uns kostenlos unter der Nummer 1-888-772-9682 an. (German)

للمساعدة في (اللغة العربية)، الرجاء الاتصال على الرقم المجاني 1-888-772-9682. (Arabic)

Pou jwenn asistans nan lang Kreyòl Ayisyen, rele nimewo 1-888-772-9682 gratis. (French Creole)

Per ricevere assistenza linguistica in italiano, può chiamare gratuitamente 1-888-772-9682. (Italian)

日本語で援助をご希望の方は、1-888-772-9682 まで無料でお電話ください。(Japanese)

한국어로 언어 지원을 받고 싶으시면 무료 통화번호인 1-888-772-9682 번으로 전화해 주십시오. (Korean)

برای راهنمایی به زبان فارسی با شماره 1-888-772-9682 بدون هیچ هزینه ای تماس بگیرید. انگلیسی (Persian)

Aby uzyskać pomoc w języku polskim, zadzwoń bezpłatnie pod numer 1-888-772-9682. (Polish)

Para obter assistência linguística em português ligue para o 1-888-772-9682 gratuitamente. (Portuguese)

Чтобы получить помощь русскоязычного переводчика, позвоните по бесплатному номеру 1-888-772-9682. (Russian)

Để được hỗ trợ ngôn ngữ bằng (ngôn ngữ), hãy gọi miễn phí đến số 1-888-772-9682. (Vietnamese)