



Autorización para divulgar información médica protegida (IMP)

ECHS Category - PHIA

Información médica protegida (IMP) significa información sobre su salud. Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de su IMP. Al firmar este documento, usted nos da su **consentimiento**. Solo divulgaremos la IMP que usted diga que podemos compartir. Y, solo se la daremos a las personas o agencias que usted liste.

1. ¿Quién es el miembro de Medicaid?

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

2. ¿A quién se le puede dar la IMP?

Nombre de la persona o de la empresa	Número de teléfono
Calle	
Ciudad, estado y código postal	
Nombre de la persona o de la empresa	Número de teléfono
Calle	
Ciudad, estado y código postal	

Al firmar a continuación, entiendo y acepto que:

- Puedo retirar mi **consentimiento** escribiendo a la dirección que se encuentra en este formulario.
- Si retira su **consentimiento**, no podemos retirar la IMP que ya compartimos. Pero no compartiremos nada más de su IMP.
- Mis posibilidades de inscribirme en un seguro no cambiarán si no firmo este formulario.
- Quienquiera que obtenga mi IMP puede compartirla con otros. Eso significa que las leyes podrían no ser capaces de proteger mi IMP.
- La IMP que **acepto** compartir puede incluir:
 - Información de estado de salud y de tratamiento.
 - Enfermedades crónicas.
 - Estado de salud mental/conductual.
 - Diagnóstico o tratamiento del trastorno por uso de sustancias (alcohol/drogas).
 - Enfermedades transmisibles, enfermedades de transmisión sexual (VIH/SIDA) e información sobre marcadores genéticos.
- Puedo obtener una copia de este **consentimiento** escribiendo a la dirección en este formulario.
- Aetna no compartirá mi IMP con quien nombré, a menos que firme este formulario, y no lo hará con nadie más.

ATENCIÓN:

Debo firmar este formulario si se aplica alguna de las opciones a continuación.

- Soy mayor de 18 años.
- Soy menor de 18 años y estoy casado o emancipado.
- Mi estado me permite recibir tratamiento incluso si mis padres o tutor legal no están de acuerdo.
- Mi IMP que se comparte puede incluir una o más de las siguientes opciones:
 - Estado de salud mental/conductual.
 - Diagnóstico o tratamiento del trastorno por uso de sustancias (alcohol/drogas).
 - Enfermedad de transmisión sexual (incluido el VIH/SIDA).
 - Salud reproductiva (incluida anticoncepción, atención prenatal y aborto).

6. Firma del miembro o representante autorizado.

Firma	Fecha
Nombre en letra imprenta	
Si un representante legal firmó este formulario, describa la relación (padre, tutor legal, poder notarial, representante personal):	

Representante autorizado significa que usted tiene una prueba legal de que puede actuar en nombre de esta persona.

Un representante firma por una persona que no puede firmar legalmente por su cuenta. Si el miembro es menor de 18 años, un padre o tutor deberá firmar por el menor. Si usted es un representante, al firmar este formulario debe enviar una prueba legal de que puede actuar en nombre de esta persona.

¿Tiene preguntas? Podemos ayudar. Llame a Aetna Better Health of California al **1-855-772-9076**.

Por favor, firme y devuelva este formulario completo a: **Aetna HIPAA Member Rights Team**
PO Box 14079
Lexington, KY 40512-4079

O puede enviarlo por fax al: 859-280-1272.

Enviar con todos los avisos

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

La discriminación es ilegal. Aetna Better Health of California cumple con las leyes estatales y federales de derechos civiles. Aetna Better Health of California no discrimina, excluye a las personas ni las trata de manera diferente por cuestiones de sexo, raza, color, religión, ascendencia, nacionalidad, identificación de grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, afección médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual.

Aetna Better Health of California brinda lo siguiente:

- Ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para ayudarlas a comunicarse mejor, tales como los siguientes:
 - ✓ Intérpretes de lengua de señas calificados
 - ✓ Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos)
- Servicios de idiomas gratuitos a las personas cuya lengua materna no sea inglés, tales como los siguientes:
 - ✓ Intérpretes calificados
 - ✓ Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Aetna Better Health of California durante las 24 horas, los 7 días de la semana llamando al **1-855-772-9076**. Si tiene problemas auditivos o del habla, llame al **TTY 711**. Si lo solicita, este documento puede ponerse a su disposición en braille, en tamaño de letra grande, casete de audio o formato electrónico. Para obtener una copia en uno de estos formatos alternativos, llámenos o escríbanos a la siguiente dirección:

Aetna Better Health of California
10260 Meanley Drive
San Diego, CA 92131
1-855-772-9076 (TTY: 711)

CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA

Si cree que Aetna Better Health of California no ha brindado estos servicios o ha discriminado ilegalmente de alguna otra manera por cuestiones de sexo, raza, color, religión, ascendencia, nacionalidad, identificación de grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, afección médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual, puede presentar una queja ante Aetna Better Health of California. Puede presentar una queja por teléfono, por escrito, en persona o de manera electrónica:

- Por teléfono: comuníquese con Aetna Better Health of California durante las 24 horas, los 7 días de la semana llamando al **1-855-772-9076**. O bien, si tiene problemas auditivos o del habla, llame al **TTY 711**.
- Por escrito: complete un formulario de reclamo o escriba una carta y envíela a la siguiente dirección:

AetnaBetterHealth.com/California

"Aetna" también incluye a las subsidiarias, filiales, empleados, agentes y subcontratistas de Aetna.

**Aetna Better Health of California
Civil Rights Coordinator
10260 Meanley Drive
San Diego, CA 92131**

- En persona: visite el consultorio de su médico o Aetna Better Health of California e indique que quiere presentar una queja.
- De manera electrónica: visite el sitio web de Aetna Better Health of California en AetnaBetterHealth.com/California.

OFICINA DE DERECHOS CIVILES DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA DE CALIFORNIA

Además, puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica de California por teléfono, por escrito o de manera electrónica:

- Por teléfono: llame al **916-440-7370**. Si tiene problemas auditivos o del habla, llame al **711 (Servicio de retransmisión de telecomunicaciones)**.
- Por escrito: complete un formulario de reclamo o envíe una carta a la siguiente dirección:

**Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413**

Los formularios de reclamos están disponibles en
http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- De manera electrónica: envíe un correo electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov.

OFICINA DE DERECHOS CIVILES DEL DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS EE. UU.

Si cree que ha sido discriminado por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, también puede presentar un reclamo sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los EE. UU. por teléfono, por escrito o de manera electrónica:

- Por teléfono: llame al **1-800-368-1019**. Si tiene problemas auditivos o del habla, llame al número **TTY/TDD 1-800-537-7697**.
- Por escrito: complete un formulario de reclamo o envíe una carta a la siguiente dirección:

**U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201**

Los formularios de reclamos se encuentran disponibles en
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

- De manera electrónica : visite el portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

AetnaBetterHealth.com/California

“Aetna” también incluye a las subsidiarias, filiales, empleados, agentes y subcontratistas de Aetna.

TAGLINES

English Tagline

ATTENTION: If you need help in your language call 1-800-385-4101 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-800-385-4101 (TTY: 711). These services are free of charge.

الشعار بالعربية (Arabic)

يُرَجَى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ 1-800-385-4101 (TTY: 711). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بربيل والخط الكبير. اتصل بـ 1-800-385-4101 (TTY: 711). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն պիտակ (Armenian)

Ուշադրություն: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-800-385-4101 (TTY: 711): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Չանգահարեք 1-800-385-4101 (TTY: 711): Այդ ծառայություններն անվճար են:

ພາສាខ្មែរជាតិ (Cambodian)

ចំណាំ: បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-385-4101 (TTY: 711)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធំ សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរព្រមព្រីន ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-385-4101 (TTY: 711)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

简体中文标语 (Chinese)

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 1-800-385-4101 (TTY: 711)。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电 1-800-385-4101 (TTY: 711)。这些服务都是免费的。

مطلب به زبان فارسی (Farsi)

توجه: اگر م یخواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با 1-800-385-4101 (TTY: 711) تماس بگیرید. کم کها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخ ههای خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با 1-800-385-4101 (TTY: 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه میشوند.

हिंदी टैगलाइन (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-800-385-4101 (TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-800-385-4101 (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।

Nge Lus Hmoob Cob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1-800-385-4101 (TTY: 711). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1-800-3854101 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語表記 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は 1-800-385-4101 (TTY: 711) へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。 1-800-385-4101 (TTY: 711)へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

한국어 태그라인 (Korean)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 1-800-385-4101 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. 1-800-385-4101 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ັ້ຖາທ່ານ ັ້ຕອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງ ັ້ທ່ານໃຫ້ ໂທຫາເບີ 1-800-385-4101 (TTY: 711). ັ້ຍົງມຄວາມຊ່ວຍ ັ້ເຫຼືອແລະການ ັ້ປວດການສຳ ັ້ລບຄົ ນິພການ ັ້ເຊນເອກະສານີທ ັ້ບຸນ ັ້ອກສອນບຸນແລະ ັ້ມໂຕ້ລາມໃຫ ັ້ຍ ໃ ັ້ຫໂທຫາ ັ້ເບ 1-800-385-4101 (TTY: 711). ການປິດການເຮັດ ັ້ຫ ັ້ນ ັ້ບ ັ້ຕອງເສຍຄ່າ ັ້ໃຊ້ ັ້ຈາຍໃດໆ.

Mien Tagline (Mien)

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiex longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1-800-385-4101 (TTY: 711). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx 1-800-385-4101 (TTY: 711). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-385-4101 (TTY: 711). ਅਪਾਰਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-385-4101 (TTY: 711). ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Русский слоган (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-800-385-4101 (TTY: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-800-385-4101 (TTY: 711). Такие услуги предоставляются бесплатно.

Mensaje en español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-800-385-4101 (TTY: 711). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1-800-385-4101 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog Tagline (Tagalog)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-800-385-4101 (TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1-800-385-4101 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyong ito.

แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณ ต้องการความช่วยเหลือ เป็ ็นภาษาของคุณ กรุณา โทรศัทพ์ไ้ ปทที่ หมายเลข ั 1-800-385-4101 (TTY: 711) นอกจากนี้ ี้ั ยังพร้อ มให้ค้ วามช่วยเหลือ และบริกิ ารต่าง ัง ะ ็ สำหรับบุคคลที่มี คิลหมี คี วามพิกิ าร เช่น เอกสารต่าง ัง ะ ็ ทื่อ ็ ป็นอักษรเบรลล์แ่ ละ ั เอกสารที่มี พัด วั ยตัวอ กั ษรขนาดใหญ่ กรุณา โทรศัทพ์ไ้ ปทที่ 1-800-3854101 (TTY: 711) ไมม่ คี าว ั ไขจาง ั ยส์ ่าหรับบริกิ ารเหล่าน ั นี้

Примітка українською (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-800-385-4101 (TTY: 711). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1-800-385-4101 (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-800-385-4101 (TTY: 711). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số 1-800-385-4101 (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.