



AETNA BETTER HEALTH®

Autorización para el uso o divulgación de información personal

1. Autorizo a Aetna Better Health Pa. a usar/divulgar la información individual, como se indica a continuación, de la historia médica de:

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

Números de identificación (identifique cada tipo de número)

2. Motivo de la divulgación: _____

(Describe cada propósito específico; si la divulgación es solicitada por el asegurado y la información divulgada no incluye información sobre el tratamiento por el uso de drogas o alcohol, puede indicar "A solicitud del asegurado").

3. Entiendo que:

- a. Esta autorización puede ser revocada en cualquier momento con una solicitud escrita dirigida a la persona/organización identificada en la sección 1, excepto en la medida de que la información ya haya sido divulgada. Si la información ya fue divulgada en virtud de esta autorización, la revocación de la misma sólo evitará la divulgación futura de la información.
- b. Aetna Better Health Pa. no exigirá esta autorización como condición para proporcionar tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad.
- c. La persona u organización identificada en la sección A.2 de abajo puede volver a divulgar la información divulgada (excepto la información sobre el uso de drogas y alcohol) en virtud de esta autorización y dicha información ya no se beneficiará de la protección que otorgan los reglamentos de privacidad federales.
- d. Aetna Better Health, Pa. sus programas, servicios, empleados, oficiales y contratistas quedan eximidos de cualquier responsabilidad legal relacionada con la divulgación de la información indicada en la medida de lo indicado y autorizado.
- e. Puedo rehusarme a firmar esta autorización.

PARTE A - Información general

A.1 Información sujeta a divulgación (Identificar específicamente la información que se usará/divulgará. Si la información que se usará o divulgará incluye información sobre la salud mental, drogas y alcohol, o relacionada con el VIH, por favor complete la sección de la parte de atrás de este formulario relacionada con dicha información:

A.2 Esta información se divulgará a: _____

(Inserte el nombre o título de la persona u organización a la que se divulgará la información)

A.3 Esta autorización vence según: ____ Una vez que se actúe en virtud de ella ____ Otro (especifique la fecha o evento)

PARTE B - Categorías especiales de información médica

B.1 Información sobre drogas y alcohol

Si mi historia médica incluye información sobre drogas y alcohol, quiero enviar dicha información a la persona u organización identificada en la Parte A de este formulario.

____ Sí ____ No o no corresponde

Esta información se obtendrá de la historia médica protegida por las reglas de confidencialidad federales (42 CFR Parte 2). Las reglas federales prohíben que la persona u organización identificadas en la Parte A de este formulario vuelva a divulgar esta información a menos que dicha divulgación adicional sea expresamente permitida con el consentimiento escrito de la persona a la que pertenece o según lo permitido por 42 CFR Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica u otra información NO es suficiente para este propósito. Las reglas federales limitan el uso de la información en la investigación o proceso penal de cualquier paciente que haya abusado del alcohol o las drogas

B.2 Información de la salud mental

Si mi historia médica incluye información sobre la salud mental, quiero enviar dicha información a la persona u organización identificada en la Parte A de este formulario.

____ Sí ____ No o no corresponde

B.3 Información sobre el VIH/SIDA

Si mi historia médica incluye información sobre el VIH/SIDA, quiero enviar dicha información a la persona u organización identificada en la Parte A de este formulario.

____ Sí ____ No o no corresponde

Esta información será divulgada y obtenida de la historia médica protegida por la ley de Pennsylvania. La ley de Pennsylvania prohíbe que se vuelva a divulgar esta información a menos que la divulgación adicional sea permitida expresamente con el consentimiento escrito de la persona a la que pertenece o sea autorizada por la Ley de Confidencialidad de la Información Relacionada con el VIH. Una autorización general para la divulgación de información médica u otra información no es suficiente para este propósito.

Firma de la persona o representante personal

Fecha

En el caso del representante personal, indique la relación que tiene con la persona

Firma del testigo

Fecha

(necesario para la divulgación de la información sobre la salud mental y sobre el uso de drogas y alcohol)

Firma del segundo testigo si la persona no puede firmar por limitaciones físicas

