

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 Innovation Health compartir mi información protegida de salud con las personas o compañías mencionadas a continuación. Con "Innovation Health", 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. Innovation Health puede compartir mi información protegida de salud con las siguientes personas o compañías:

Nombre de la persona o compañía	Teléfono
Calle	Ciudad, estado y código postal
Nombre de la persona o compañía	Teléfono
Calle	Ciudad, estado y código postal

3. Innovation Health 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)
 Otros servicios culturalmente sensibles (como cuidado para la reafirmación de género o salud sexual o reproductiva)
 Otro (explique) _____

4. Al firmar este formulario, autorizo a Innovation Health 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 _____ <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> MM/DD/AAAA MM/DD/AAAA </div>
--

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 Innovation Health una solicitud firmada a la dirección que figura al final de este formulario.
- Innovation Health 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. Para hacerlo, debo escribir a Innovation Health, a la dirección que figura al final de este formulario.
- Si cancelo la autorización, eso no afectará las medidas que Innovation Health 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 en el que resido me permite recibir tratamiento, aunque mis padres o tutores legales no estén de acuerdo con mi decisión:
 - salud mental;
 - enfermedades de transmisión sexual (incluido el VIH o sida);
 - salud reproductiva (incluida 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, firmelo 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**

Innovation Health cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina, excluye ni trata de manera diferente a ningún individuo por su raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad.

Innovation Health brinda servicios y asistencia gratuitos a las personas con discapacidades y a las que necesitan asistencia de idioma.

Si necesita un intérprete calificado, la información escrita en un formato alternativo, servicios de traducción u otro tipo de servicios, llame al número que figura en su tarjeta de identificación.

Si cree que no brindamos estos servicios de manera adecuada o que discriminamos por alguna de las características mencionadas más arriba, puede comunicarse con el Civil Rights Coordinator y presentarle una reclamación:

Civil Rights Coordinator,
P.O. Box 14462 Lexington, KY 40512
[1-800-648-7817](tel:1-800-648-7817), TTY: [711](tel:711)
Fax: 859-425-3379, CRCoordinator@aetna.com.

También puede presentar una queja en el portal de quejas en Internet de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por escrito a U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509 F, HHH Building, Washington, DC 20201. Además, puede llamar al [1-800-368-1019](tel:1-800-368-1019), [800-537-7697](tel:800-537-7697) (TDD).

Innovation Health® es el nombre comercial que se utiliza en los productos y servicios ofrecidos por Innovation Health Insurance Company o Innovation Health Plan, Inc. Innovation Health es una filial de Aetna Life Insurance Company y sus filiales (Aetna). Aetna ofrece ciertos servicios de administración a Innovation Health. Aetna forma parte de las compañías de CVS Health®.

TTY: 711

For language assistance in English call the number listed on your ID card at no cost. (English)

Para obtener asistencia lingüística en español, llame sin cargo al número que figura en su tarjeta de identificación. (Spanish)

欲取得繁體中文語言協助，請撥打您 ID 卡上所列的號碼，無需付費。(Chinese)

Pour une assistance linguistique en français appeler le numéro indiqué sur votre carte d'identité sans frais. (French)

Para sa tulong sa wika na nasa Tagalog, tawagan ang nakalistang numero sa iyong ID card nang walang bayad. (Tagalog)

Benötigen Sie Hilfe oder Informationen auf Deutsch? Rufen Sie kostenlos die auf Ihrer Versicherungskarte aufgeführte Nummer an. (German)

ለቋንቋ አገዛ አማርኛ በመታወቅያዎ ላይ በተጠቀሰው ቁጥር በነጻ ይደውሉ (Amharic)

للمساعدة في (اللغة العربية)، الرجاء الاتصال على الرقم المجاني المذكور في بطاقتك التعريفية. (Arabic)

বাংলায় ভাষা সহায়তার জন্য আপনার আইডি কার্ডে যে নম্বরটি তালিকাভুক্ত রয়েছে বিনামূল্যে তাতে কল করুন। (Bengali)

(Hindi) हिन्दी में भाषा सहायता के लिए, अपने आईडी कार्ड पर दिये गये नम्बर पर मुफ्त कॉल करें।

Maka enyemaka asụsụ na Igbo kpọọnomba edepụtara na kaadị ID gị na akwụghị ụgwọ ọ bụla. (Ibo)

한국어로 언어 지원을 받고 싶으시면 보험 ID 카드에 수록된 무료 통화번호로 전화해 주십시오. (Korean)

Bé m ké gbo-kpá-kpá dyé dé Bāsóò wùdùùn wěe, dá nòbà bé ɔ cééà bó nì dyí-dyoìn-bèè kōe bó pídyi. (Kru-Bassa)

برای راهنمایی به زبان فارسی، بدون هیچ هزینه ای با شماره ای که بر روی کارت شناسایی شما آمده است تماس بگیرید. انگلیسی (Persian)

Чтобы получить помощь русскоязычного переводчика, позвоните по бесплатному номеру, указанному в вашей ID-карте удостоверения личности. (Russian)

اُردو میں لسانی معاونت کے لیے اپنے ID کارڈ پر درج نمبر پر مفت کال کریں۔ (Urdu)

Để được hỗ trợ ngôn ngữ bằng (ngôn ngữ), hãy gọi miễn phí đến số được ghi trên thẻ ID của quý vị. (Vietnamese)

Fún iránlọwọ nípa èdè (Yorùbá) pe nọmbà tí a kọ sórí kààdi idánimọ rẹ láì san owó kankan rárá. (Yoruba)