

Formulario de solicitud de acceso a información protegida de salud

Para que Innovation Health procese la solicitud, este formulario debe completarse y firmarse según corresponda. Si desea recibir información sobre más de un miembro, envíe un formulario completo por separado por cada miembro.

1. Información del miembro (información sobre la persona cuyos registros se solicitan)

Apellido		Nombre		Inicial del segundo nombre
Número de identificación	N.º de Seguro Social	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Número de teléfono durante el día (incluir código de área)	
Dirección		Ciudad, estado y código postal		

2. Información del suscriptor

(En general, el suscriptor es el empleado que obtiene cobertura para su familia. Complete esta sección si el suscriptor no es el miembro cuyos registros se solicitan). Esta sección no se aplica a la atención a largo plazo.

Apellido		Nombre		Inicial del segundo nombre
Número de identificación	N.º de Seguro Social	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Número de teléfono durante el día (incluir código de área)	
Dirección		Ciudad, estado y código postal		

3. Descripción del informe de acceso a información protegida de salud

Una vez que se reciba este formulario de solicitud de acceso a información protegida de salud (PHI) firmado, brindaremos un informe de acceso a PHI que incluya información sobre los reclamos médicos, dentales y de farmacia en línea de los últimos 3 meses. Si este informe es suficiente, no es necesario que seleccione ninguna de las opciones en esta sección. Sin embargo, debe completar la sección 4 o 5 (según corresponda a esta solicitud). Indique a continuación si usted tiene una solicitud más específica.

Si en lugar de los datos sobre reclamos de los últimos 3 meses, prefiere que el informe de acceso a PHI incluya información sobre reclamos que pertenece a un período diferente, indique ese período a continuación:

Desde: _____ Hasta: _____

Si recibe reembolsos por gastos médicos a través de una cuenta de gastos flexible (FSA) administrada por Aetna y desearía que le envíen un informe de pagos de la FSA, marque la casilla correspondiente más abajo, complete el resto del formulario de solicitud de acceso a PHI (incluida la firma necesaria en la sección 4 o 5, según corresponda). Además, el suscriptor o su representante legal debe firmar la autorización en la sección 4 o 5, según corresponda.

- Deseo que el informe de acceso a la PHI incluya información de la FSA.
 Solo deseo que envíen información de la FSA.

Si usted recibe beneficios del plan de atención a largo plazo (LTC) de Aetna y desea que se le envíe información sobre dicho plan, marque la casilla correspondiente más abajo.

- Deseo que el informe de acceso a PHI incluya información del plan de LTC.
 Solo deseo que envíen información del plan de LTC.

Notificación importante para quienes firman este formulario de solicitud de acceso a PHI:

- El informe de acceso a PHI provisto en respuesta a esta solicitud puede incluir información de diagnóstico y tratamiento, como información relacionada con enfermedades crónicas, afecciones de salud del comportamiento, abuso de sustancias o alcohol, enfermedades contagiosas, enfermedades de transmisión sexual, VIH o sida o información de marcador genético.
- Toda información sobre la FSA solicitada incluirá información relacionada con todos los dependientes cubiertos del suscriptor.

4. Si se solicita el envío del informe de acceso a PHI al miembro, a su representante legal o a su madre o padre (en caso de que sea un menor no emancipado), quien lo reciba debe completar la sección 4.

Quien recibe el informe de acceso a PHI es la siguiente persona:	
<input type="checkbox"/> Miembro	<input type="checkbox"/> Representante legal del miembro
<input type="checkbox"/> Padre o madre naturales o adoptivos del miembro (autorizados por ley para actuar en representación del menor no emancipado identificado en la sección 1)	
Firma de la persona que recibe el informe	Fecha
Nombre de la persona que recibe el informe (en letra de imprenta)	
Dirección completa de la persona que recibe el informe	Ciudad, estado y código postal
Firma del suscriptor o del representante legal del suscriptor (<i>obligatorio si se incluye información de la FSA</i>)	Fecha
Nombre del representante legal del suscriptor en letra de imprenta (<i>si corresponde</i>)	

Si el representante legal del miembro o del suscriptor firma esta solicitud, debe brindar una copia del poder legal para atención de salud u otro documento pertinente que lo autorice a actuar en nombre del miembro o del suscriptor, según corresponda.

5. Autorización para divulgar PHI (completar si el informe de acceso a PHI debe enviarse a una persona que no es el miembro, a su representante legal o a su padre o madre si se trata de un menor no emancipado)

Por la presente autorizo a Innovation Health o a Innovation Health Plan, Inc., y a cualquiera de sus matrices, subsidiarias, filiales y a sus respectivos empleados, agentes y subcontratistas, a divulgar PHI relacionada con el miembro identificado más abajo.		
Firma del miembro, del representante legal del miembro, o del padre o de la madre naturales o adoptivos del miembro (autorizados por ley para actuar en representación del menor no emancipado identificado en la sección 1)	Fecha	
Nombre del miembro, del representante legal del miembro, o del padre o de la madre del miembro (en letra de imprenta)		
Firma del suscriptor o del representante legal del suscriptor (<i>obligatorio si se incluye información de la FSA</i>)	Fecha	
Nombre del representante legal del suscriptor en letra de imprenta (<i>si corresponde</i>)		
Apellido de la persona autorizada para recibir el informe	Nombre	Inicial del segundo nombre
Dirección completa de la persona autorizada para recibir el informe	Ciudad, estado y código postal	

6. Dónde enviar este formulario

<p>Envíe este formulario completo a la siguiente dirección: HIPAA Member Rights Department PO Box 14079 Lexington, KY 40512-4079 Fax: 859-280-1272</p> <p>Le responderemos en 30 días.</p>
--

Nondiscrimination Notice (Spanish)

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](tel: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

To access language services at no cost to you, call the number on your ID card.

Para acceder a los servicios de idiomas sin costo, llame al número que figura en su tarjeta de identificación. (Spanish)

Nếu quý vị muốn sử dụng miễn phí các dịch vụ ngôn ngữ, hãy gọi tới số điện thoại ghi trên thẻ ID (Nhận dạng) của quý vị. (Vietnamese)

如欲使用免費語言服務，請致電您 ID 卡上的電話號碼 (Chinese)

무료 언어 서비스를 이용하려면 보험 ID 카드에 수록된 번호로 전화해 주십시오. (Korean)

للحصول على الخدمات اللغوية دون أي تكلفة، الرجاء الاتصال على الرقم الموجود على بطاقتك الشخصية. (Arabic)

بلا قیمت زبان سے متعلقہ خدمات حاصل کرنے کے لیے، اپنے شناختی کارڈ پر درج نمبر پر بات کریں۔ (Urdu)

Para ma-access ang mga serbisyo sa wika nang wala kayong babayaran, tawagan ang numero sa inyong ID card. (Tagalog)

Afin d'accéder aux services langagiers sans frais, veuillez composer le numéro inscrit sur votre carte d'identité. (French)

आपके लिए बिना किसी कीमत के भाषा सेवाओं का उपयोग करने के लिए, अपने आईडी कार्ड पर दिये नम्बर पर कॉल करें। (Hindi)

برای دسترسی به خدمات زبان به طور رایگان، با شماره قید شده روی کارت شناسایی خود تماس بگیرید. (Persian-Farsi)

Um auf für Sie kostenlose Sprachdienstleistungen zuzugreifen, rufen Sie die Nummer auf Ihrer ID-Karte an. (German)

તમારે કોઈ જાતના ખર્ચ વિના ભાષાની સેવાઓની પહોંચ માટે, તમારા આઈડી કાર્ડ ઉપરના નંબરને કોલ કરો. (Gujarati)

Для получения бесплатной помощи переводчика позвоните по телефону, указанному на Вашей личной карточке медицинского страхования. (Russian)

言語サービスを無料でご利用いただくには、IDカードに記載の番号にお電話ください。 (Japanese)

ເພື່ອຂ້າໃຊ້ການບໍລິການພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າຕໍ່ກັບທ່ານ, ໃຫ້ໂທຫາເບີໂທທີ່ບອກໄວ້ໃນບັດປະຈຳຕົວຂອງທ່ານ. (Laotian)