

Autorización para divulgar notas de psicoterapia

Utilice esta forma si desea que el profesional de la salud mental comparta las notas de su psicoterapia con Aetna Better Health of Oklahoma.

Las notas de la psicoterapia son escritas por el proveedor del cuidado de la salud mental. Estas notas son registros de las conversaciones que mantuvo con su proveedor del cuidado de la salud mental durante las sesiones de asesoramiento. El proveedor del cuidado de la salud mental conserva estas notas por separado de sus registros médicos.

1. ¿Quién es el miembro de SoonerSelect?

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

2. Doy mi consentimiento para que el proveedor del cuidado de la salud mental comparta las notas de mi psicoterapia.

Proveedor del cuidado de la salud mental	Número de teléfono
Calle	
Ciudad, estado, código postal	

3. Doy mi consentimiento para que esta persona o compañía reciba las notas de mi psicoterapia.

Nombre de la persona o compañía Aetna Better Health¹,	Número de teléfono
Calle	
Ciudad, estado, código postal	

¹AVISO PARA LOS DESTINATARIOS DE LA INFORMACIÓN:

La información divulgada a Aetna Better Health sobre ciertas afecciones, como el tratamiento por abuso de drogas o alcohol, el VIH o sida y otras enfermedades de transmisión sexual, la salud emocional y psicológica y la información de marcador genético, está protegida por varias leyes federales y estatales que prohíben que Aetna Better Health divulgue esta información sin el consentimiento expreso por escrito de la persona a la cual pertenece o según lo permitan dichas leyes. Toda otra divulgación no autorizada que infrinja la ley estatal o federal puede tener como resultado una multa o una condena de encarcelamiento, o ambas. Para divulgar esta clase de información, NO basta con una autorización general para divulgar información médica o de otro tipo. La norma federal estipulada en el título 42, parte 2, del Código de Regulaciones Federales restringe el uso de la información divulgada a investigar o procesar por un delito a un paciente que abusa del alcohol o de las drogas.

4. ¿Cuál es la finalidad de la divulgación de estas notas de la psicoterapia?

Motivo o finalidad:

Otorgo mi **consentimiento únicamente** para que se divulguen las notas de mi psicoterapia. Entiendo que estas notas pueden contener información sobre el cuidado médico o el tratamiento por abuso de sustancias. También información sobre casos de maltrato doméstico, VIH o sida u otras enfermedades transmisibles o de transmisión sexual. Y cualquier otro tratamiento que puede haber sido brindado por otros proveedores del cuidado de la salud.

5. Las notas de la psicoterapia que se divulgarán con mi consentimiento corresponden a las siguientes fechas de servicio:

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Al firmar más abajo, entiendo y acepto lo siguiente:

- Puedo anular mi **consentimiento** consultándolo con mi proveedor del cuidado de la salud mental mencionado en la sección 2.
- Si anula su **consentimiento**, esto no afectará la información protegida de salud que ya hayamos recibido.
- Mi oportunidad de inscribirme en un seguro no cambiará si no firmo esta forma.
- Es posible que quien reciba mi información la comparta con otras personas. Esto significa que es posible que las leyes no puedan proteger mi información.
- Puedo obtener una copia de este **consentimiento** si la solicito por escrito a la dirección que figura en la sección 3 de esta forma.

ATENCIÓN:

Si alguna de las siguientes opciones es correcta, debo firmar esta forma:

- Tengo 18 años de edad o más.
- Soy menor de 18 años y estoy casado o emancipado.
- El estado donde vivo me permite recibir tratamiento incluso si mis padres o tutores legales no están de acuerdo.
- Las notas de psicoterapia que se comparten pueden incluir una de las siguientes afecciones:
 - diagnóstico o tratamiento de trastornos por uso de sustancias;
 - salud mental;
 - enfermedades de transmisión sexual (incluidos el VIH y el sida);
 - salud reproductiva (incluida la anticoncepción, el cuidado prenatal y el aborto);
 - salud médica y dental en general.

6. Firma del miembro o del representante autorizado

Firma	Fecha
Nombre en letra de imprenta	
Si esta forma fue firmada por un representante legal, describa la relación (padre, madre, tutor legal, representante con poder legal, representante personal)	

“Aetna” también incluye a sus compañías subsidiarias, filiales, empleados, agentes y subcontratistas.

Ser **representante autorizado** significa que tiene una prueba legal que demuestra que puede actuar en representación de esta persona.

Un representante firma en nombre de una persona que no lo puede hacer legalmente por su cuenta. Si el miembro es menor de 18 años, su padre, madre o tutor legal deberán firmar en su nombre. Si usted es representante, además de firmar esta forma, debe enviar prueba legal que demuestre que puede actuar en nombre de esta persona.

¿Tiene preguntas? Podemos ayudar. Llame a Aetna Better Health of Oklahoma al [1-844-365-4385](tel:1-844-365-4385).

Firme y envíe esta forma completa a la siguiente dirección: Aetna HIPAA Member Rights Team
P.O. Box 14079
Lexington, KY 40512-4079

También puede enviarla por fax: 859-280-1272



Aetna Better Health® of Oklahoma

Aviso sobre la no discriminación

Aetna cumple con las leyes de derechos civiles federales vigentes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Tampoco excluye a las personas ni las trata de forma diferente por los motivos antes mencionados.

Aetna brinda lo siguiente:

- Asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidad para que puedan comunicarse con nosotros de manera eficaz, como los siguientes:
 - o Intérpretes del lenguaje de señas calificados.
 - o Información escrita en otros formatos (en letra grande, en audio, en formatos electrónicos accesibles, etc.).
- Servicios de idiomas gratuitos a personas cuyo idioma primario no es el inglés, como los siguientes:
 - o Intérpretes calificados.
 - o Información escrita en otros idiomas.

Si necesita un intérprete calificado, información escrita en otros formatos, traducciones u otros servicios, llame al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación o al **1-800-385-4104**.

Si cree que Aetna no le ha brindado estos servicios o lo ha discriminado de alguna otra forma por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentarle una queja formal a nuestro coordinador de derechos civiles:

Dirección: Attn: Civil Rights Coordinator
4750 S. 44th Place, Suite 150
Phoenix, AZ 85040-4015

Teléfono: **1-888-234-7358 (TTY 711)**

Correo electrónico: **MedicaidCRCoordinator@aetna.com**

Puede presentar una queja formal en persona, por correo postal o por correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, nuestro coordinador de derechos civiles está a su disposición.

También puede presentar una queja sobre derechos civiles a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. en formato electrónico a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles (<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>), por correo postal o por teléfono: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, **1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)**.

Las formas de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

“Aetna” es el nombre comercial que se utiliza en los productos y servicios ofrecidos por una o más de las compañías subsidiarias del grupo Aetna, entre las que se incluyen Aetna Life Insurance Company y sus filiales.

“Aetna” también incluye a sus compañías subsidiarias, filiales, empleados, agentes y subcontratistas.

