



## Autorización para divulgar notas de psicoterapia

Utilice esta forma si desea que el proveedor del cuidado de la salud mental comparta las notas de su psicoterapia con el plan **Aetna Better Health® of Ohio (plan Medicare-Medicaid)**.

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 Medicaid?

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 <b>Aetna Better Health<sup>1</sup>,</b>	Número de teléfono
Calle	
Ciudad, estado, código postal	

#### **<sup>1</sup>AVISO 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.

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

#### 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 Ohio (plan Medicare-Medicaid)** al [1-855-364-0974](tel:1-855-364-0974) (TTY: [711](tel:711)), las 24 horas, todos los días.

**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](tel:859-280-1272)**

*Aetna Better Health of Ohio es un plan de salud que tiene contrato con Medicare y Medicaid de Ohio para brindar los beneficios de ambos programas a las personas inscritas.*