



Upoważnienie do udostępnienia chronionych informacji zdrowotnych (PHI)

ECHS Category - PHIA

Chronione informacje zdrowotne (Protected Health Information, PHI) oznaczają informacje o Twoim zdrowiu. Przepisy federalne i stanowe chronią prywatność Twoich PHI. Podpisując ten dokument, wyrażasz zgodę. Przekażemy tylko PHI, które według Ciebie możemy udostępnić. Damy je tylko osobom lub agencjom, które wymieniasz.

1. Kim jest członek Medicaid?

Imie		Nazwisko		Srodkowe nazwisko
Numer identyfikacyjny członka	Data urodzenia (MM/DD/RRRR)		Numer telefonu	
Ulica				
Miasto, stan, kod pocztowy				

2. Komu można podać PHI?

Nazwa osoby lub firmy		Numer telefonu
Ulica		
Miasto, stan i kod pocztowy		
Nazwa osoby lub firmy		Numer telefonu
Ulica		
Miasto, stan i kod pocztowy		

ZAWIADOMIENIE DLA KAŻDEGO DRUGIEGO NIŻ CZŁONEK:

Ujawnione informacje dotyczące niektórych warunków, takich jak leczenie uzależnienia od alkoholu lub narkotyków, HIV / AIDS i innych chorób przenoszonych drogą płciową, zdrowie behawioralne oraz informacje dotyczące markerów genetycznych są chronione przez różne przepisy federalne i stanowe, które zabraniają dalszego ujawniania tych informacji przez Ciebie bez wyraźnej pisemnej zgody osoby, której dotyczy, lub w inny sposób dozwolony przez takie przepisy. Wszelkie dalsze nieuprawnione ujawnienia z naruszeniem prawa stanowego lub federalnego mogą skutkować karą grzywny lub więzienia albo jednym i drugim. Ogólne zezwolenie na udostępnianie informacji medycznych lub innych NIE jest wystarczającą zgodą na udostępnianie tego rodzaju informacji. Przepis federalny w części 42 CFR część 2 ogranicza wykorzystanie ujawnionych informacji w celu przeprowadzenia dochodzenia karnego lub zaskarżenia każdego pacjenta uzależnionego od alkoholu lub narkotyków.

„Aetna” obejmuje również spółki zależne, stowarzyszone, pracowników, agentów i podwykonawców Aetna.

3. Jakie PHI możemy udostępnić?

Udostępnimy **tylko** PHI, które Ty **pozwolisz**. Podaj nam rodzaj PHI, zaznaczając odpowiednie pole.

- Wszelkie wymagane informacje
- Zdrowie (medyczne, stomatologiczne, apteka, wzrok)
- Zdrowie psychiczne, ale NIE notatki z psychoterapii
- Diagnoza i leczenie zaburzeń związanych z używaniem substancji, ale NIE notatki z psychoterapii / poradnictwa związane z diagnozowaniem i leczeniem zaburzeń związanych z używaniem substancji
- Opieka długoterminowa
- Rejestry zarządzania pacjentami
- Inne (proszę wyjaśnić): _____

4. Dlaczego udostępniasz to PHI?

Powód / cel:

5. Ten formularz jest ważny przez 1 rok, chyba że podasz krótszy czas poniżej.

Daje zgodę z:

do

_____ MM/DD/RRRR

_____ MM/DD/RRRR

Podpisując poniżej, rozumiem i zgadzam się:

- Mogę cofnąć **zgode**, pisząc na adres zamieszczony w tym formularzu.
- Jeśli cofniesz **zgode**, nie zwróci to już udostępnionego przez nas PHI. Ale nie będziemy udostępniać więcej twoich PHI.
- Moja szansa na ubezpieczenie się nie zmieni, jeśli nie podpiszę tego formularza.
- Ktokolwiek otrzyma moje PHI, może je udostępnić innym. Oznacza to, że przepisy mogą nie być w stanie chronić mojego PHI.
- PHI, które **można** udostępnić, może obejmować:
 - Informacje o stanie zdrowia i leczeniu.
 - Choroby przewlekłe
 - Warunki zdrowia psychicznego
 - Diagnoza lub leczenie zaburzeń używania substancji.
 - Choroby zakaźne, choroby przenoszone drogą płciową (HIV / AIDS) oraz informacje dotyczące markerów genetycznych.
- Mogę otrzymać kopię tego **dokumentu**, pisząc na adres podany w tym formularzu.
- Aetna nie będzie udostępniać mojego PHI osobom, które wymieniłem, chyba że podpiszę ten formularz, i nie z nikim innym.

UWAGA:

Muszę podpisać ten formularz, jeśli ma zastosowanie jedna z poniższych opcji.

- Mam ukończone 18 lat.
- Mam mniej niż 18 lat i jestem żonaty lub emancypowany.
- Mój stan pozwala mi być leczonym, nawet jeśli moi rodzice lub opiekun prawny nie wyrażają zgody.
- Udostępniane moje PHI mogą obejmować jeden lub więcej z poniższych warunków:
 - Diagnoza lub leczenie zaburzeń używania substancji
 - Warunki zdrowia psychicznego
 - Choroby przenoszone drogą płciową (w tym HIV / AIDS)
 - Zdrowie reprodukcyjne (w tym antykoncepcja, opieka prenatalna i aborcja)

6. Podpis członka lub upoważnionego przedstawiciela.

Podpis:	Data
Imie drukowanymi literami	
Jeśli przedstawiciel prawny podpisał ten formularz, opisz relację: (rodzic, opiekun prawny, pełnomocnictwo, osobisty przedstawiciel)	

Upoważniony przedstawiciel oznacza, że masz dowód prawny, że możesz działać w imieniu tej osoby. Przedstawiciel podpisuje się za osobą, która nie może legalnie podpisać się samodzielnie. Jeśli członek ma mniej niż 18 lat, rodzic lub opiekun powinien zgłosić się do małoletniego. Jeśli jesteś przedstawicielem, podpisując ten formularz, musisz przesłać dowód prawny, że możesz działać dla tej osoby.

Czy masz pytania? Możemy pomóc. Zadzwoń do Aetna na: 1-866-600-2139.

**Proszę podpisać i odesłać wypełniony formularz do: Aetna HIPAA Member Rights Team
PO Box 14079
Lexington, KY 40512-4079**

Możesz też przefaksować go na: 859-280-1272



Firma Aetna, Inc. przestrzega obowiązujących federalnych przepisów dotyczących praw obywatelskich i nie dyskryminuje ze względu na rasę, kolor skóry, pochodzenie, wiek ani płeć. Nie wyklucza ludzi ani nie traktuje ich inaczej ze względu na rasę, kolor skóry, pochodzenie, wiek, niepełnosprawność lub płeć. Jeśli posługujesz się językiem innym niż angielski, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Odwiedź naszą stronę internetową lub zadzwoń pod numer wskazany poniżej.

Dodatkowo, Twój plan zdrowotny dostarcza dodatkowej pomocy i usług, które są bezpłatne i dostępne w razie potrzeby, aby osoby z niepełnosprawnościami miały równe szanse na skuteczną komunikację z nami. Twój plan zdrowotny także dostarcza darmową pomoc językową dla osób z ograniczoną znajomością języka angielskiego. Jeśli potrzebujesz takich usług, zadzwoń do działu obsługi klienta pod numer podany na karcie identyfikacyjnej świadczenia.

Jeśli uważasz, że firma Aetna, Inc. nie zapewniła tych usług lub dyskryminowała w inny sposób ze względu na rasę, kolor skóry, pochodzenie, wiek, niepełnosprawność lub płeć, możesz złożyć zażalenie do Działu zażaleń (napisz na adres wskazany na certyfikacie objęcia planem). Można także złożyć zażalenie telefonicznie, dzwoniąc do działu obsługi klienta na numer wskazany na karcie identyfikacyjnej świadczenia (TTY: 711). Jeśli potrzebujesz pomocy przy składaniu zażalenia, zadzwoń do działu obsługi klienta pod numer podany na karcie identyfikacyjnej świadczenia.

Skargę dotyczącą praw obywatelskich można również złożyć w Biurze Praw Obywatelskich (Office for Civil Rights) Ministerstwa Zdrowia i Pomocy Społecznej Stanów Zjednoczonych (U.S. Department of Health and Human Services) pod adresem: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/complaint_frontpage.jsf.

ESPAÑOL (SPANISH): Si habla un idioma que no sea inglés, se encuentran disponibles servicios gratuitos de asistencia de idiomas. Visite nuestro sitio web o llame al número de teléfono que figura en este documento.

繁體中文 (CHINESE): 如果您使用英文以外的語言，我們將提供免費的語言協助服務。請瀏覽我們的網站或撥打本文件中所列的電話號碼。