

## Formulario de Divulgación de Información Médica (ROMIF)

Aetna, la compañía de seguros médicos, cariñosamente le pide que complete y firme la siguiente autoridad para divulgación de información médica.

### AUTORIZACIÓN

Por la presente autorizo a cualquier doctor de medicina, hospital o cualquier otra persona que me ha atendido o examinado, que le provea a la compañía o un representante autorizado, cualquier y toda información con respecto a enfermedad o herida, historial médico, consulta, recetas, o tratamiento y copias de todos archivos médicos y de hospital. Esta información es requerida por Aetna para poder confirmar cobertura para mi condición médica y tratamiento propuesto.

Una fotocopia o facsímil de esta autorización será considerado como efectiva y válida como la original.

**NOMBRE DEL ASEGURADO/PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**NÚMERO DE CASO:** \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL ASEGURADO/AUTORIDAD DESIGNADA:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL FIRMANTE:** \_\_\_\_\_

(EN LETRA DE MOLDE)

**RELACIÓN AL PACIENTE (SI ES AUTORIDAD DESIGNADA):** \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN:** \_\_\_\_\_

**FECHA:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE & DIRECCIÓN DE MÉDICO GENERAL:** \_\_\_\_\_

Por favor envíe lo más pronto posible a:

**FAX: +971 4 428 7100**

**Correo electrónico: [AIMedicalTeamMiddleEast@aetna.com](mailto:AIMedicalTeamMiddleEast@aetna.com)**

O por correo a: **Aetna claims, Suite 416, Oud Metha Building, PO Box 6380, Dubai, United Arab Emirates**