

Consentimiento del proveedor para información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) confidencial de Medicaid

Este formulario es para autorizar que se comparta información entre Humana Healthy Horizons® y los proveedores que le brindan tratamiento. Su información de salud personal se utilizará para la coordinación del cuidado de salud, el manejo de enfermedades y las actividades de cuidado coordinado en respaldo de sus necesidades de cuidado de la salud. El contenido que compartiremos con sus proveedores incluirá evaluaciones y planes de cuidado según lo requiera su plan de Medicaid estatal durante su participación en Humana Healthy Horizons.

Información del/de la afiliado/a (la persona cuya información se divulgará)		
Nombre (nombre/segundo nombre/apellido)	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Identificación de Medicaid	Número de grupo (si corresponde)	
Número de teléfono <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Celular*		

Comprendo que esta autorización permitirá que Humana Healthy Horizons utilice o divulgue mi información de salud protegida[†] según se indica a continuación: (Seleccione divulgación completa o divulgación limitada)

- Divulgación completa: toda información de salud protegida que Humana Healthy Horizons y sus afiliadas conserven, incluida aquella relacionada con salud mental, VIH, enfermedades de transmisión sexual o registros de trastornos por uso de sustancias. Esto también incluye compartir información sobre farmacias de pedido por correo, productos de bienestar y participación en programas de salud con el proveedor o los proveedores que se están autorizando.[‡]
- Divulgación limitada: se compartirá información de salud no restringida Y las categorías de artículos seleccionados a continuación. Esto también incluye compartir información sobre farmacias de pedido por correo, productos de bienestar y participación en programas de salud con el proveedor o los proveedores que se están autorizando.[‡]

Si selecciona divulgación limitada, coloque sus iniciales en las categorías adicionales que se compartirán a continuación:

- ___ Enfermedades de transmisión sexual (STD, por sus siglas en inglés), lo que incluye VIH
- ___ Diagnóstico y tratamiento de trastornos por uso de sustancias
- ___ Información sobre procedimientos de aborto

Humana Healthy Horizons® in Indiana

INHM5CXSP

* Al proporcionar su número de teléfono celular, usted da permiso a Humana para llamarlo a ese número.

† Salud incluye cuidado médico, dental, de farmacia, de salud del comportamiento, de la vista y de largo plazo.

‡ Esto también incluye acceso web cuando está disponible. Humana Healthy Horizons cumplirá con los más rigurosos de todos los reglamentos y leyes federales y estatales.

Consentimiento para divulgación de información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés), continuación

Autorizo a Humana Healthy Horizons a divulgar y compartir mi información de salud protegida con los miembros de mi equipo de cuidado mencionados a continuación en conformidad con la ley federal y estatal.

Proveedor	Nombre	Dirección	Teléfono
Proveedor de cuidado médico primario (PMP, por sus siglas en inglés)/grupal			
Proveedor(es) de salud del comportamiento/grupal			
Proveedor(es) de salud del comportamiento/grupal			
Otros (indicar especialidad)			
Otros (indicar especialidad)			
Otros (indicar especialidad)			

- Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento enviando una revocación por escrito a Humana Healthy Horizons.
- Entiendo que la revocación no se aplicará a la información compartida en respuesta a esta autorización.
- Entiendo que la revocación no se aplicará a Humana Healthy Horizons cuando la ley otorgue el derecho a Humana Healthy Horizons de impugnar una reclamación acorde a mi póliza.
- Salvo que se revoque de otro modo, esta autorización vencerá automáticamente 12 meses después de la fecha de mi firma a continuación o cuando me desafilie de Humana Healthy Horizons.
- Entiendo que no estoy obligado a firmar esta autorización y que Humana Healthy Horizons no puede basar las decisiones de tratamiento, pago, afiliación o elegibilidad en el hecho de que yo firme esta autorización.
- Entiendo que después de que se divulgue la información de conformidad con esta autorización, el destinatario podrá divulgarla nuevamente, y que la información podría quedar desprotegida por las regulaciones federales sobre privacidad.

Firma del afiliado o del representante personal	
<input type="checkbox"/> Afiliado <input type="checkbox"/> Representante personal	Fecha (MM/DD/AA)

Tenga en cuenta: Los representantes personales deben adjuntar copias de la autorización conforme lo exija la ley. Los ejemplos incluyen un poder legal para cuidado de la salud, el nombramiento de un sustituto para toma de decisiones sobre el cuidado de la salud o documentos de tutela.

Una vez que complete y firme el formulario, entrégueselo a su Equipo de coordinación del cuidado de la salud de Humana para documentar sus preferencias según lo indicado anteriormente o envíenlo por correo postal en el sobre adjunto.