Consentimiento para divulgar la información de salud protegida

Este formulario nos permitirá compartir cierta información sobre su salud con un familiar u otra persona de confianza. Solo complete este formulario si desea autorizar a Humana Healthy Horizons® a compartir su información con alguien que no sea usted.

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 ☐ Fijo ☐ Celular*		

Entiendo que esta autorización permitirá a Humana y a su compañía afiliada utilizar o divulgar la información de salud protegida† (PHI, por sus siglas en inglés) que se describe a continuación:
(Marque solo **una** casilla)

☐ Divulgación completa: Toda PHI que conserve Humana y su afiliada, incluidos registros de salud mental, VIH, estado de salud, consumo de sustancias o trastornos. Esto también incluye compartir información sobre farmacias de pedido por correo, productos de bienestar y programas de salud con la persona que se está autorizando.

☐ Divulgación limitada: usted especifica qué información de salud protegida desea compartir. Por ejemplo, información sobre una afección o un tratamiento, un rango de fechas específico o un tipo de producto. Salvo que usted limite la información por tipo de producto, la información se aplicará a todos los productos y servicios.

Si seleccionó divulgación limitada, indique el o los productos que correspondan:

☐ Cobertura médica o de medicamentos recetados ☐ Cobertura dental
☐ Cobertura para la vista ☐ Go365®

Humana Healthy Horizons® in Indiana

PathWays FOR AGING

Continúa al reverso →

Solo para uso de Humana.

INHM783SP

* 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 cuidado a largo plazo. Humana se regirá por las leyes y reglamentaciones federales y estatales más estrictas.

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

Esta información puede ser divulgada a, y utilizada por, la siguiente persona u organización (como un hogar de ancianos, un proveedor de cuidado médico y coordinadores de cuidado de la salud) para que me ayude con los productos o servicios de Humana, para lo cual doy mi consentimiento de divulgación de la información:

Nombre (nombre/segundo nombre/apellido)		Fecha de nacimiento (obligatoria) (MM/DD/AAAA)	
Nombre (si es una organización)			
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Correo electrónico		Número de teléfono ☐ Fijo ☐ Celular*	
Relación o parentesco ☐ Esposo/a ☐ Hermano/a ☐ Padre/Madre ☐ Hijo/a ☐ Agente/Corredor ☐ Amigo/a ☐ Organización			

Entiendo que:

- No tengo la obligación de completar este consentimiento, y Humana no puede basar sus decisiones sobre tratamiento, pagos, inscripción o elegibilidad para beneficios en función de que lo complete o no.
- Las divulgaciones pueden incluir información de proveedores de tratamiento pasados, actuales o futuros.
- Este consentimiento es válido hasta que yo cancele mi afiliación a Humana. Puedo cancelar mi consentimiento en cualquier momento a través de mi cuenta de MyHumana. Para ello, debo llamar al Servicio al cliente o enviar un aviso por escrito a Humana.
- Si cancelo mi consentimiento, esto no aplicará a ninguna información previamente divulgada con esta autorización. Una vez que se comparte la información, Humana no puede evitar que la persona u organización que tiene acceso a la información la comparta con terceros, y es posible que esta información no esté protegida por las reglamentaciones de privacidad federales.

Firma del afiliado o del representante personal	
☐ Afiliado ☐ Representante personal	Fecha (MM/DD/AAAA)
Parentesco/relación (del representante personal) con el afiliado	

Tenga en cuenta: Si corresponde, 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.

Luego de llenar y firmar el formulario, envíelo por fax al 1-800-633-8188. O, si lo prefiere, envíe su formulario completado por correo a: Humana Insurance Company, P.O. Box 14168, Lexington, KY 40512-4168.

Usted tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos. **866-274-5888 (TTY: 711)**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este.

Humana Inc. y sus subsidiarias cumplen con la Sección 1557 al brindar recursos y servicios auxiliares gratuitos a personas con discapacidades cuando dichos recursos y servicios auxiliares sean necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades de participación. Los servicios incluyen intérpretes acreditados de lenguaje de señas, interpretación remota por video e información escrita en otros formatos.

English Call the number above to receive free language assistance services.

Español (Spanish) Llame al número que se indica arriba para recibir servicios gratuitos de asistencia lingüística.

Deutsch (German) Wählen Sie die oben angegebene Nummer, um kostenlose sprachliche Hilfsdienstleistungen zu erhalten.

繁體中文 (Chinese) 您可以撥打上面的電話號碼以獲得免費的語言協助服務。

العربية (Arabic): اتصل برقم الهاتف أعلاه للحصول على خدمات المساعدة اللغوية المجانية.

Nederlands (Dutch) Bel het bovenstaande nummer om gratis taalkundige hulp te ontvangen.

Français (French) Appelez le numéro ci-dessus pour recevoir des services gratuits d'assistance linguistique.

Tiếng Việt (Vietnamese) Gọi số điện thoại ở trên để nhận các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí.

Tagalog (Tagalog – Filipino) Tawagan ang numero sa itaas para makatanggap ng mga libreng serbisyo sa tulong sa wika.

한국어 (Korean) 무료 언어 지원 서비스를 받으려면 위 번호로 전화하십시오.

हिंदी (Hindi) भाषा सहायता सेवाएं मुफ्त में प्राप्त करने के लिए ऊपर के नंबर पर कॉल करें।.

日本語 (Japanese) 無料の言語支援サービスを受けるには、上記の番号までお電話ください。

Русский (Russian) Позвоните по вышеуказанному номеру, чтобы получить бесплатную языковую поддержку.

Polski (Polish) Aby skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej, należy zadzwonić pod wyżej podany numer.

Srpsko-hrvatski (Serbo-Croatian) Nazovite gore navedeni broj ako želite besplatne usluge jezične pomoći.

Italiano (Italian) Chiamare il numero sopra indicato per ricevere servizi di assistenza linguistica gratuiti.

Este aviso está disponible en **es-www.humana.com/IndianaDocuments**.

Humana Healthy Horizons in Indiana es un producto de Medicaid de Arcadian Health Plan, Inc.

INHMEDMSP_Approved