

Consentimiento para la divulgación de información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés)

Información del afiliado (la persona cuya información será divulgada):

Nombre (Nombre/Segundo nombre/Apellido)

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Identificación del afiliado

Número de grupo (si corresponde)

Número de teléfono ☐ Fijo ☐ Celular*

Complete lo siguiente solo si la persona que hace la solicitud no es el afiliado

Nombre del solicitante

Relación con el afiliado

Dirección

Autoridad legal

Número de teléfono ☐ Fijo ☐ Celular*

Entiendo que esta autorización permitirá a Humana y sus afiliadas utilizar o divulgar la PHI[†] que se describe a continuación: (Marque solo un casillero)

- ☐ **Divulgación total:** Cualquier PHI que Humana y sus afiliadas mantengan, incluida la información de salud confidencial que se detalla a continuación. Esto también incluye compartir información sobre datos de medicamentos recetados/ medicamentos, productos de bienestar y programas de salud con la persona que está siendo autorizada.
- ☐ **Divulgaciones de Salud Confidencial Excluidas:** Toda la información protegida identificada anteriormente, excepto las categorías seleccionadas a continuación. Si no se marca ningún casillero, se seleccionará toda la información. Marque todas las opciones que correspondan:
- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Salud del comportamiento o mental | ☐ inmunodeficiencia adquirida (AIDS, por sus siglas en inglés) | ☐ Trastorno por abuso de sustancias, sujeto a la Parte 2 del título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR, por sus siglas en inglés) |
| ☐ Enfermedades de transmisión sexual/virus de inmunodeficiencia humana (HIV, por sus siglas en inglés)/síndrome de | ☐ Enfermedades infecciosas | |
| | ☐ Datos genéticos | |
| | ☐ Salud reproductiva | |
- ☐ **Divulgación Limitada:** Usted especifica qué PHI desea compartir, por ejemplo, información sobre una afección o un tratamiento, un rango de fechas específico o un tipo de producto. A menos que limite por tipo de producto, la información se aplicará a todos los productos y servicios.

Describa la limitación: _____

Si seleccionó Divulgación Limitada, indique qué productos aplican:

☐ Médicos

☐ Dentales

☐ Go365 for Humana Healthy Horizons®

☐ De la vista

☐ Datos de medicamentos recetados/
medicamentos

Humana Healthy Horizons® in Oklahoma

Continúa al reverso →

Para uso único de Humana.

Consentimiento de divulgación de PHI—continuación

Esta información puede ser divulgada y utilizada por la siguiente persona u organización para ayudarme con los productos o servicios propiedad de Humana para los cuales doy mi consentimiento para divulgar información:

Nombre (Nombre/Segundo nombre/Apellido)

Fecha de nacimiento (requerida) (MM/DD/AAAA)

O bien, nombre de la organización (como un hogar para personas de la tercera edad, proveedor de cuidado o coordinador de cuidado de la salud)

Dirección

Ciudad

Estado

CÓDIGO POSTAL

Correo electrónico

Número de teléfono ☐ Fijo ☐ Celular*

Relación

☐ Cónyuge ☐ Hermano/a ☐ Madre/padre ☐ Hijo/a ☐ Agente/Corredor ☐ Amigo/a ☐ Organización

Comprendo lo siguiente:

- No estoy obligado a completar este consentimiento y Humana no puede basar sus decisiones sobre el tratamiento, el pago, la afiliación o la elegibilidad para los beneficios en mi presentación o no de este documento.
- Las divulgaciones pueden incluir información de proveedores de tratamiento pasados, presentes o futuros.
- Este consentimiento es válido hasta que cancele mi afiliación de Humana. Para los clientes de determinados estados, los consentimientos vencerán de conformidad con las leyes estatales aplicables.† Puedo cancelar mi consentimiento en cualquier momento a través de mi cuenta MyHumana, llamando a servicio al cliente o enviando una notificación por escrito a Humana.
- Si cancelo mi consentimiento, no se aplicará a ninguna información divulgada previamente mediante esta autorización. Una vez que se comparte la información, Humana no puede evitar que la persona u organización que tiene acceso a ella la comparta con otros, y es posible que esta información no esté protegida por la regulación federal sobre privacidad.

Firma del Afiliado o Representante legal

☐ Afiliado ☐ Representante legal

Fecha (MM/DD/AAAA)

Tenga en cuenta lo siguiente: Los representantes legales deben adjuntar copias de la autorización, según lo exigido por la ley. Los ejemplos incluyen poderes legales sobre el cuidado de la salud, apoderados del cuidado de la salud, testamentos en vida o documentos de tutela.

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

* Al proporcionar su número de teléfono celular, autoriza a Humana a realizar llamadas a su celular relacionadas con esta autorización.

† La información médica incluye datos de atención Médica, Dental, de Farmacia, de Salud del Comportamiento, de la Visión y de Cuidado a Largo Plazo.

‡ Caduca en 12 meses: CALIFORNIA (CA, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS), CONNECTICUT (CT, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS), GEORGIA (GA, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS), ILLINOIS (IL, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS), MASSACHUSETTS (MA, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS), MARYLAND (MD, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS), CAROLINA DEL NORTE (NC, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS), NUEVA JERSEY (NJ, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS), NEVADA (NV, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS), OHIO (OH, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS), OREGÓN (OR, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS). Caduca en 24 meses: FLORIDA (FL, por sus siglas en inglés), KENTUCKY (KY, por sus siglas en inglés), MONTANA (MT, por sus siglas en inglés), VIRGINIA (VA, por sus siglas en inglés) y Puerto Rico.

Humana seguirá las leyes y reglamentos federales y estatales más estrictos.

Humana Healthy Horizons® in Oklahoma

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.

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

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

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

وَدُرَا (Urdu) مفت لسانی اعانت کی خدمات موصول کرنے کے لیے درج بالا نمبر پر کال کریں۔

فارسی (Farsi). دبیرگبس امتد قوفه ر امشد ابن انگیار ت ر وصبی نابز ت لایهست تفایردی ارب

OKHMEDXSP Approved