

Consentimiento para la divulgación de información médica protegida

Este formulario nos permitirá compartir cierta información de salud sobre usted con un miembro de su familia 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 afiliado (persona cuya información se divulgará)		
Nombre (Primer nombre/segundo nombre/apellido)		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Identificación del afiliado	Número de grupo (si aplica)	
Número de teléfono	<input type="checkbox"/> De casa <input type="checkbox"/> Celular*	

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

- Divulgación total: cualquier PHI que Humana y sus afiliadas mantienen, incluyendo los registros de salud mental, VIH, estado de salud o uso de sustancias o trastornos. Esta también incluye compartir información de la farmacia de pedido por correo, productos de bienestar y programas de salud con la persona autorizada.
- Divulgación limitada: usted especifica qué PHI quiere compartir. Ejemplo: información sobre la afección o el 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.

Si se seleccionó la revelación limitada, indique qué productos se aplican:

- Cobertura médica
- Medicamentos recetados
- Visión
- Dental
- Go365®

* Al indicar su número de teléfono celular, usted autoriza a Humana a llamarle a su celular.

† La información médica incluye datos de atención médica, dental, farmacia, salud del comportamiento, visión, cuidado a largo plazo. Humana seguirá las leyes y regulaciones federales y estatales más estrictas.

Humana Healthy Horizons® in Louisiana

Consentimiento para la divulgación de la PHI protegida (continuación)

Esta información puede divulgarse y utilizarse por la siguiente persona u organización (como un hogar de ancianos, un proveedor de cuidado y coordinadores de cuidado de la salud) para ayudarme con los productos o servicios propiedad de Humana para los cuales otorgo mi consentimiento para divulgar información:

Nombre (Primer nombre/segundo nombre/apellido)	Fecha de nacimiento (requerido) (MM/DD/AAAA)	
Nombre (si se trata de una organización)		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Email		
Número de teléfono	<input type="checkbox"/> De casa <input type="checkbox"/> Celular*	
Relación <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Agente <input type="checkbox"/> Amigo/a <input type="checkbox"/> Organización		

Entiendo que:

- No estoy obligado a completar este consentimiento y Humana no puede basar sus decisiones sobre el tratamiento, pago, inscripción 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. Puedo cancelar mi consentimiento en cualquier momento por medio de mi cuenta MyHumana, llamando al servicio de atención al cliente o enviando un aviso por escrito a Humana.
- Si cancelo el consentimiento, no se aplicará a ninguna información que se divulgó previamente con esta autorización. Una vez se comparta la información, Humana no podrá evitar que la persona u organización que tenga acceso a la información la comparta con otros; la información podría no estar protegida por las regulaciones federales sobre privacidad.

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

Tenga en cuenta: Si corresponde, los representantes personales deben adjuntar copias de la autorización según lo exige la ley. Los ejemplos incluyen poder legal de cuidado de la salud, sustituto de médico, testamento en vida o documentos de tutela.

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

Usted tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos. **1-800-448-3810 (TTY: 711)**, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

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.

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.

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.

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.

Português (Portuguese): Ligue para o número acima para receber serviços gratuitos de assistência no idioma.

ລາວ (Lao): ໂທທ່ານເປົ້າທະນັບຂ້າງເທິງ ເພື່ອຮັບບໍລິການຈ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາພົດ.

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。

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

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

فارسی (Farsi): برای دریافت تسهیلات زبانی بصورت رایگان با شماره فوق تماس بگیرید.

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

ภาษาไทย (Thai): ໂທຣໄປທ່ານມາຍເລີ້ມຕົ້ນບັນເພື່ອຮັບບໍລິການຊ່າຍເຫຼືອດ້ານພາສາພົດ

Este aviso está disponible en
es-www.humana.com/medicaid/louisiana/support/documents-forms.

Humana Healthy Horizons in Louisiana es un producto de Medicaid de Humana Health Benefit Plan of Louisiana, Inc.