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 ☐ De casa ☐ 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 o de medicamentos recetados
☐ Visión
☐ Dental
☐ Go365®

Humana Healthy Horizons® in Louisiana

Continúa en la parte de atrás →

Solo para uso de Humana.

LAHLLGXSP

* 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.

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 ☐ De casa ☐ Celular*	
Relación ☐ Esposo/a ☐ Hermano/a ☐ Padre/madre ☐ Hijo/a ☐ Agente ☐ Amigo/a ☐ 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	
☐ Afiliado ☐ 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.