

Consentimiento para la divulgación de información de salud protegida

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

Información del afiliado (la persona cuya información será divulgada):				
Nombre: _____		Fecha de nacimiento: _____		
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Mes / Día / Año	
Dirección: _____				
Calle	Ciudad	Estado	Código postal	
Identificación del afiliado: _____		Número de grupo (si corresponde): _____		
Número de teléfono: _____		<input type="checkbox"/> Particular	<input type="checkbox"/> Celular*	

Entiendo que esta autorización le permitirá a Humana y a sus empresas afiliadas utilizar o divulgar la información de salud protegida que se describe a continuación:†** (Marque solo **una** casilla)

- Divulgación completa:** cualquier información de salud protegida que Humana y sus empresas afiliadas mantengan, incluidos registros de salud mental, VIH, estado de salud, abuso de sustancias o trastornos. Esto también incluye compartir información sobre farmacias de pedidos por correo, productos de bienestar y programas de salud con la persona que se autoriza.
- Divulgación limitada:** usted especifica qué PHI compartir. Por ejemplo, información sobre afecciones o tratamientos, un rango de fechas específico o cierto tipo de productos. Salvo que limite por tipo de producto, la información se aplicará a todos los productos y servicios.
Si seleccionó Divulgación limitada, indique a qué producto(s) se aplica(n):
 - Cobertura médica o de medicamentos recetados
 - Visión
 - Dental
 - Go365 for Humana Healthy Horizons®

Esta información puede ser divulgada a la siguiente persona u organización, y estas podrán usarla (como un hogar de ancianos, un proveedor de cuidado y coordinadores de cuidados) para ayudarme con los productos o servicios de Humana para los cuales otorgo mi consentimiento para divulgar información:

Nombre: _____		Fecha de nacimiento: _____		
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Mes / Día / Año	
O si es una organización: _____				
Nombre				
Dirección: _____				
Calle	Ciudad	Estado	Código postal	
Correo electrónico: _____		Teléfono: _____		
		<input type="checkbox"/> Particular	<input type="checkbox"/> Celular*	
Relación:	<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Herma-no/a	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hijo
	<input type="checkbox"/> Amigo	<input type="checkbox"/> Organización	<input type="checkbox"/> Agente/Corre-dor	

Consentimiento para la divulgación de información de salud protegida (PHI), continuación

Comprendo lo siguiente:

- No tengo la obligación de completar este consentimiento y Humana no puede basar las decisiones relacionadas con el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios en el hecho de si lo presento o no.
- Las divulgaciones pueden incluir información de proveedores de tratamiento pasados, presentes o futuros.
- Este consentimiento es válido hasta que cancele mi afiliación a Humana. Para los clientes de los siguientes estados, CA, CT, GA, IL, MA, MD, MT, NC, NJ, NV, OH, OR, PR, VA, los consentimientos vencerán de conformidad con las leyes estatales vigentes[‡]. Puedo cancelar mi consentimiento en cualquier momento a través de mi cuenta MyHumana, llamando a Servicio al Cliente o enviando un aviso por escrito a Humana Insurance Company, P.O. Box 14168, Lexington, KY 40512-4168.
- Si cancelo el consentimiento, no se aplicará a ninguna información previamente divulgada con esta autorización. Una vez que se comparte la información, Humana no puede impedir que la persona u organización que tiene acceso a ella comparta esa información con otros y es posible que esta información no esté protegida por los requisitos de privacidad federales.

Firma del afiliado o del representante legal: _____

Afiliado Representante legal Fecha: _____

Tenga presente lo siguiente: Los representantes legales deben adjuntar copias de las autorizaciones según lo exige la ley. Entre los ejemplos se encuentran poder de cuidado de la salud, designación de apoderado para la toma de decisiones sobre el cuidado de la salud, testamento en vida o papeles de tutela.

Después de completar y firmar el formulario, envíenoslo por correo en el sobre con franqueo pagado adjunto.

*Al proporcionarnos su número de teléfono celular, usted otorga permiso a Humana para llamar a su teléfono celular.

† Salud incluye atención médica, dental, de farmacia, de la vista, salud del comportamiento y atención a largo plazo.

‡ Vence en 12 meses: CA, CT, GA, IL, MA, MD, NC, NJ, NV, OH, OR

Vence en 24 meses: MT, VA y Puerto Rico

Humana se registrará por las formas más estrictas de todas las leyes y reglamentaciones federales y estatales.

Humana
Healthy Horizons®
in Florida