

Consentimiento para divulgar información de salud 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 quiere autorizar a Humana Healthy Horizons® a compartir su información con otra persona que no sea usted.

| | | | | | |
|--|---------|----------|---|---------------|-----|
| Información del afiliado (persona cuya información será divulgada): | | | | | |
| Nombre: _____ | | | Fecha de nacimiento: ____/____/____ | | |
| Primer | Segundo | Apellido | Mes | Día | Año |
| Dirección: _____ | | | | | |
| Calle | | Ciudad | Estado | Código postal | |
| Número de identificación del afiliado: _____ | | | Número de grupo (si corresponde): _____ | | |
| Número de teléfono: _____ | | | Hogar | Celular* | |

Entiendo que esta autorización permitirá a Humana y a sus afiliadas usar o divulgar la información de salud protegida que se describe a continuación:[†] (marque solo una casilla)

Divulgación completa: Toda la información médica protegida que conserven Humana y sus afiliadas, incluidos los registros de salud mental, VIH, estado de salud, consumo de sustancias o trastornos por consumo de sustancias. Esto 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 información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) se va a compartir. Por 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 seleccionó divulgación limitada, indique qué producto(s) aplica(n):

Cobertura médica o de medicamentos recetados

Visión

Dental

Go365 for Humana Healthy Horizons®

| | | | | | |
|---|---------|--------------|-------------------------------------|---------------|-----------------|
| Esta información puede ser divulgada a, y utilizada por, la siguiente persona u organización (como un hogar para personas de la tercera edad, proveedores de cuidados y coordinadores de cuidado de la salud) para ayudarme con los productos o servicios propiedad de Humana para los que estoy dando mi consentimiento para divulgar información: | | | | | |
| Nombre: _____ | | | Fecha de nacimiento: ____/____/____ | | |
| Primer | Segundo | Apellido | Mes | Día | Año |
| O, si se trata de una organización: _____ | | | | | |
| Nombre | | | | | |
| Dirección: _____ | | | | | |
| Calle | | Ciudad | Estado | Código postal | |
| Correo electrónico: _____ | | | Teléfono: _____ | | |
| | | | Hogar | Celular* | |
| Relación: | Cónyuge | Hermano/a | Padre/madre | Hijo/a | Agente/corredor |
| | Amigo/a | Organización | | | |

Humana Healthy Horizons® in Florida

Consentimiento de divulgación de PHI—continuación

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 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 caducarán 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 Insurance Company, P.O. Box 14168, Lexington, KY 40512-4168.
- Si cancelo el consentimiento, no se aplicará a ninguna información que se divulgó previamente con 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: ____/____/____

Tenga en cuenta lo siguiente: Los representantes legales deben adjuntar copias de la autorización según lo exige la ley. Algunos ejemplos son el poder legal para la atención médica, el sustituto de cuidado de la salud, el testamento vital o los documentos de tutela.

Después de completar y firmar el formulario, envíelo por correo en el sobre adjunto con franqueo pagado. O, si lo prefiere, envíe su formulario completo por fax al 800-633-8188.

* Al proporcionar su número de teléfono celular, usted da permiso a Humana para llamarle a ese número.

† La información de salud incluye datos de atención médica, dental, farmacia, salud del comportamiento, visión y cuidado a largo plazo.

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

Caduca en 24 meses: MT, VA and Puerto Rico

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