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: Primer Segundo		_Fecha de nacimiento:	//
Dirección:Calle			
Calle	Ciudad	Estado	Código postal
Número de identificación del afiliado:		_Número de grupo (si corresponde):	
Número de teléfono:		_□ Hogar □ Celular*	
Entiendo que esta autorización pe información de salud protegida qu			
 Divulgación completa: Toda la info incluidos los registros de salud me por consumo de sustancias. Esto por correo, productos de bienesta 	ental, VIH, estado (también incluye co	de salud, consumo de su mpartir información de	ıstancias o trastornos la farmacia de pedido
 □ Divulgación limitada: Usted espe en inglés) se va a compartir. Por un rango de fechas específico o la información se aplicará a todo Si seleccionó divulgación limitad □ Cobertura médica o de medica □ Go365 for Humana Healthy Ho 	ejemplo, informac un tipo de product os los productos y a, indique qué pro amentos recetado	ción sobre la afección o co. A menos que limite p servicios. ducto(s) aplica(n):	el tratamiento, por tipo de producto,
Esta información puede ser divul (como un hogar para personas d de cuidado de la salud) para ayu para los que estoy dando mi con	e la tercera edad, darme con los pro	proveedores de cuidade ductos o servicios prop	os y coordinadores
Nombre:		_Fecha de nacimiento:	///
Primer Segundo	o Apellido		Mes Día Año
O, si se trata de una organización	າ:		
		Nombre	
Dirección:			
Dirección:Calle	Ciudad	Estado	Código postal
Correo electrónico:	Telé	fono:	□ Hogar □ Celular*
Relación: □ Cónyuge □ Herm □ Amigo/a □ Organ		madre □ Hijo/a □ A	gente/corredor

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.

Humana Healthy Horizons® in Florida

- * 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 y Puerto Rico

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