Consentimiento para la divulgación de información de salud protegida

Información del afiliado (la persona cuya información será divulgada):		
Nombre (Primero/Segundo/Apellido)	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
N.º de identificación del afiliado	Número de grupo (si corresponde)	
Número de teléfono ☐ Fijo ☐ Celular*		

Complete lo siguiente solo si la persona que hace la solicitud no es el afiliado	
Nombre del solicitante	Relación con el afiliado
Dirección	
Autoridad legal	Número de teléfono ☐ Fijo ☐ Celular*

Entiendo que esta autorización permitirá a Humana y sus afiliadas utilizar o divulgar la PHI† que se describe a continuación: (Marque solo **un** casillero)

☐ **Divulgación completa:** Cualquier información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) que Humana y sus afiliadas mantengan, incluida la información de salud confidencial que se detalla a continuación. Esto también incluye compartir información sobre datos de medicamentos recetados/medicamentos, productos de bienestar y programas de salud con la persona que está siendo autorizada.

☐ **Divulgaciones de salud confidencial excluidas:** Toda la información protegida identificada anteriormente, excepto las categorías seleccionadas a continuación. Si no se marca ningún casillero, se seleccionará toda la información. Marque todas las opciones que correspondan:

- ☐ Salud del comportamiento o mental
- ☐ Enfermedades de transmisión sexual/virus de inmunodeficiencia humana (VIH/SIDA
- ☐ Enfermedades infecciosas
- ☐ Datos genéticos
- ☐ Salud reproductiva
- ☐ Trastorno por abuso de sustancias, sujeto a la Parte 2 del título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR, por sus siglas en inglés)

☐ **Divulgación limitada:** Usted especifica qué PHI desea compartir, por ejemplo, información sobre una afección o un 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.

Describa la limitación: _____

Si seleccionó Divulgación limitada, indique qué productos aplican:

- ☐ **Médicos**
- ☐ **De la vista**
- ☐ **Dentales**
- ☐ **Datos de medicamentos recetados/medicamentos**
- ☐ **Go365 for Humana Healthy Horizons®**

Humana Healthy Horizons®

HealthChoice Illinois

Continúa al reverso →

Para uso único de Humana.

Consentimiento de divulgación de PHI—continuación

Esta información puede ser divulgada y utilizada por la siguiente persona u organización para ayudarme con los productos o servicios propiedad de Humana para los cuales doy mi consentimiento para divulgar información:

Nombre (Primero/Segundo/Apellido)	Fecha de nacimiento (requerida) (MM/DD/AAAA)
O bien, nombre de la organización (como un hogar para personas de la tercera edad, proveedor de cuidado o coordinador de cuidado de salud)	

Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

Correo electrónico	Número de teléfono ☐ Fijo ☐ Celular*

Relación
☐ Cónyuge ☐ Hermano/a ☐ Madre/padre ☐ Hijo/a ☐ Agente/Corredor ☐ Amigo/a ☐ Organización

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 de Humana. Para los clientes de determinados estados, los consentimientos vencerán 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.
- Si cancelo mi consentimiento, no se aplicará a ninguna información divulgada previamente mediante 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 (MM/DD/AAAA)

Tenga en cuenta lo siguiente: Los representantes legales deben adjuntar copias de la autorización, según lo exigido por la ley. Los ejemplos incluyen poderes legales sobre el cuidado de la salud, apoderados del cuidado de la salud, testamentos en vida o documentos de tutela.

Luego de completar y firmar el formulario, envíelo por fax al 800-633-8188. O, si lo prefiere, envíe su formulario completado por correo a la siguiente dirección: Humana Insurance Company, P.O. Box 1088, Louisville, KY 40201-1088.

* Al proporcionar su número de teléfono celular, autoriza a Humana a realizar llamadas a su celular relacionadas con esta autorización.
† La información médica incluye datos de atención médica, dental, farmacia, salud del comportamiento, de la vista y cuidado a largo plazo.
‡ Caduca en 12 meses: CALIFORNIA (CA, por sus siglas en inglés), CONNECTICUT (CT, por sus siglas en inglés), GEORGIA (GA, por sus siglas en inglés), ILLINOIS (IL, por sus siglas en inglés), MASSACHUSETTS (MA, por sus siglas en inglés), MARYLAND (MD, por sus siglas en inglés), CAROLINA DEL NORTE (NC, por sus siglas en inglés), NUEVA JERSEY (NJ, por sus siglas en inglés), NEVADA (NV, por sus siglas en inglés), OHIO (OH, por sus siglas en inglés), OREGÓN (OR, por sus siglas en inglés). Caduca en 24 meses: FLORIDA (FL, por sus siglas en inglés), KENTUCKY (KY, por sus siglas en inglés), MONTANA (MT, por sus siglas en inglés), VIRGINIA (VA, por sus siglas en inglés) y Puerto Rico.
Humana seguirá las leyes y reglamentos federales y estatales más estrictos.

Humana Healthy Horizons®

HealthChoice Illinois

Tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos. 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora central.

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 son necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades de participación. Los servicios incluyen intérpretes de lenguaje de señas acreditados, 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.

Polski (Polish) Aby skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej, należy zadzwonić pod wyżej podany numer.

繁體中文 (Traditional 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。

한국어 (Korean) 무료 언어 지원 서비스를 받으려면 위 번호로 전화하십시오.

Tagalog (Tagalog – Filipino) Tawagan ang numero sa itaas para makatanggap ng mga libreng serbisyo sa tulong sa wika.

العربية(Arabic) اتصل برقم الهاتف أعلاه للحصول على خدمات المساعدة اللغوية المجانية.

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

ગુજરાતી (Gujarati) મફત ભાષા સહાય સેવાઓ મેળવવા માટે ઉપર આપેલા નંબર પર કૉલ કરો.

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

Tiếng Việt (Vietnamese) Gọi số điện thoại ở trên để nhận các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí.

Italiano (Italian) Chiamare il numero sopra indicato per ricevere servizi di assistenza linguistica gratuiti.

हिंदी (Hindi) भाषा सहायता सेवाएं मुफ्त में प्राप्त करने के लिए ऊपर के नंबर पर कॉल करें।

Français (French) Appelez le numéro ci-dessus pour recevoir des services gratuits d'assistance linguistique.

Ελληνικά (Greek) Καλέστε τον παραπάνω αριθμό για να λάβετε δωρεάν υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης.

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

Este aviso está disponible en es-www.humana.com/IllinoisAccessibility
Humana Healthy Horizons in Illinois es un producto de Medicaid de Humana Benefit Plan of Illinois, Inc.
ILHN62RSP