

# Consentimiento para divulgar la información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés)

## Información del afiliado (la persona cuya información será divulgada):

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Nombre Segundo nombre Apellido Mes Día Año  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código postal  
N.º de identificación del afiliado: \_\_\_\_\_ N.º de grupo (si corresponde): \_\_\_\_\_ N.º de teléfono: \_\_\_\_\_  
 Casa  Celular\*

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

- Divulgación completa: Toda información de salud protegida que Humana y sus compañías afiliadas conserven, incluidos registros de trastornos de salud mental, VIH, estado de salud o uso de sustancias. Esto también incluye compartir información sobre farmacias de pedido por correo, productos de bienestar y programas de salud con la persona que está siendo autorizada.
- 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. Salvo que usted limite la información por tipo de producto, la información se aplicará a todos los productos y servicios. \_\_\_\_\_

Si selecciona Divulgación limitada, indique el/los producto(s) que corresponda(n):

- Cobertura de servicios médicos o para medicamentos recetados  Visión  Dental  Go365  
 CenterWell™ Pharmacy (envío por correo)

Esta información puede ser divulgada a, y utilizada por, la siguiente persona u organización (como un hogar de ancianos, un proveedor de cuidado médico y coordinadores de cuidado médico) para que me ayude con los productos o servicios de Humana, para lo cual doy mi consentimiento para la divulgación de la información:

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Nombre Segundo nombre Apellido Campo requerido Mes Día Año  
O, si es una organización: \_\_\_\_\_  
Name  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código postal  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono: \_\_\_\_\_  
 Casa  Celular\*  
Parentesco/Relación:  Cónyuge  Hermano(a)  Padre/Madre  Hijo(a)  Agente/Corredor  
 Amigo(a)  Organización

Entiendo que:

- No tengo la obligación de firmar este consentimiento, y Humana no puede basar sus decisiones sobre tratamiento, pagos, inscripción o elegibilidad para beneficios en función de que lo presente.
- Las divulgaciones pueden incluir información de proveedores de tratamiento pasados, actuales o futuros.
- Este consentimiento es válido hasta que yo cancele mi afiliación a Humana. Para los clientes de los siguientes estados, los consentimientos de CA, CT, GA, IL, MA, MD, MT, NC, NJ, NV, OH, OR, PR, VA vencerán en conformidad con las leyes estatales aplicables.\*\*\* Puedo cancelar mi consentimiento en cualquier momento a través de mi cuenta de MyHumana, llamando a Servicio al cliente, o enviando un aviso por escrito a Humana.
- Si cancelo mi consentimiento, no se aplicará a ninguna información previamente divulgada con esta autorización. Una vez que se comparte la información, Humana no puede evitar que la persona u organización que tiene acceso a la información la comparta con terceros, y es posible que esta información no esté protegida por las reglamentaciones de privacidad federales.

Firma del afiliado o del representante legal \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Afiliado  Representante legal

**Tenga en cuenta que: Los representantes legales deben adjuntar copias de la autorización según lo exige la ley. Los ejemplos incluyen un poder notarial para cuidado de la salud, el nombramiento de un sustituto para la toma de decisiones relacionadas con el cuidado de la salud, un testamento en vida o documentos de tutela legal.**

Luego de llenar y firmar el formulario, envíelo por fax al **1-800-633-8188**. O si lo prefiere, envíe su formulario completado a: **Humana Insurance Company, P.O. Box 14168, Lexington, KY 40512-4168**

**Humana**®

\* Al dar su número de celular, está dando permiso para que Humana se comunice con usted por este medio.

\*\* Salud incluye atención médica, dental, de farmacia, de salud mental, de la vista 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

Y0040\_GNHJ5Y5SP\_23\_C

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

Solamente para uso de Humana

## ¡Importante!

### En Humana, es importante que usted reciba un trato justo.

Humana Inc. y sus subsidiarias no discriminan ni excluyen a las personas por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, género, identidad de género, ascendencia, estado civil o religión. La discriminación es contra la ley. Humana y sus subsidiarias cumplen con las leyes de derechos civiles federales aplicables. Si usted cree que Humana o sus subsidiarias le han discriminado, hay formas de obtener ayuda.

- Puede presentar una queja, también conocida como queja formal a:  
Discrimination Grievances, P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618  
Si necesita ayuda para presentar una queja formal, llame al **1-877-320-1235** o bien, si utiliza un **TTY**, llame al **711**.
- También puede presentar una queja de derechos civiles ante el **Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.**, Oficina de Derechos Civiles, por medios electrónicos a través del portal de quejas disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o en **U.S. Department of Health and Human Services**, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **1-800-368-1019**, **800-537-7697 (TDD)**. Los formularios de quejas están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.
- **Residentes de California:** También puede llamar a la línea directa gratuita del California Department of Insurance (Departamento de Seguros de California): **1-800-927-HELP (4357)**, para presentar una queja formal.

### Tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos. 1-877-320-1235 (TTY: 711)

Humana provee recursos y servicios auxiliares gratuitos como, por ejemplo, intérpretes acreditados de lenguaje de señas, interpretación remota por video e información escrita en otros formatos para personas con discapacidades cuando dichos recursos y servicios auxiliares sean necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades de participación.

### Language assistance services, free of charge, are available to you. 1-877-320-1235 (TTY: 711)

**Español (Spanish):** Llame al número arriba indicado para recibir servicios gratuitos de asistencia lingüística.

**繁體中文 (Chinese):** 撥打上面的電話號碼即可獲得免費語言援助服務。

**Tiếng Việt (Vietnamese):** Xin gọi số điện thoại trên đây để nhận được các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí.

**한국어 (Korean):** 무료 언어 지원 서비스를 받으려면 위의 번호로 전화하십시오.

**Tagalog (Tagalog – Filipino):** Tawagan ang numero sa itaas upang makatanggap ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad.

**Русский (Russian):** Позвоните по номеру, указанному выше, чтобы получить бесплатные услуги перевода.

**Kreyòl Ayisyen (French Creole):** Rele nimewo ki pi wo la a, pou resevwa sèvis èd pou lang ki gratis.

**Français (French):** Appelez le numéro ci-dessus pour recevoir gratuitement des services d'aide linguistique.

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

**Português (Portuguese):** Ligue para o número acima indicado para receber serviços linguísticos, grátis.

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

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

**日本語 (Japanese):** 無料の言語支援サービスをご要望の場合は、上記の番号までお電話ください。

**فارسی (Farsi)**

برای دریافت تسهیلات زبانی بصورت رایگان با شماره فوق تماس بگیرید.

**Diné Bizaad (Navajo):** Wóda hí béesh bee hani'í bee wolta'ígíí bich'í' hódíílnih éí bee t'áá jiik'eh saad bee áká'ánída'áwo'déé nika'adoowól.

**العربية (Arabic)**

GCHJV5RSP 0220

الرجاء الاتصال بالرقم المبين أعلاه للحصول على خدمات مجانية للمساعدة بلغتك