

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: | | Particular | 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):

- Médica
- 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: | | Particular | Celular* |
| Relación: | Cónyuge | Hermano/a | Padre | Hijo |
| | Amigo | Organización | Agente/Corredor | |

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.
- 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.

[†] 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 regirá por las formas más estrictas de todas las leyes y reglamentaciones federales y estatales.

Usted tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos. **800-444-9137 (TTY: 711)**, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m., hora del este.

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

繁體中文 (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。

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

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

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

Srpsko-hrvatski (Serbo-Croatian): Nazovite gore navedeni broj ako želite besplatne usluge jezične pomoći.

日本語 (Japanese): 無料の言語支援サービスを受けるには、上記の番号までお電話ください。

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

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

Deutsch (Pennsylvania Dutch): Ruf die Nummer owwe fer koschdefrei Hilf in dei eegni Schprooch.

नेपाली (Nepali): निःशुल्क भाषासम्बन्धी सहयोग सेवाहरू प्राप्त गर्नका लागि माथिको नम्बरमा फोन गर्नुहोस् ।

Oroomiffa (Oromo): Tajaajila gargaarsa afaan argachuudhaf bilbila armaan oli irratti bilbilaa.

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

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

Ikirundi (Bantu – Kirundi): Hamagara izo numero ziri hejuru uronswe ubufasha kwa gusa bw'uwugusobanurira mu rurimi wumva.

Este aviso está disponible en **[es-www.humana.com/KentuckyDocuments](https://www.humana.com/KentuckyDocuments)**.

Humana Healthy Horizons in Kentucky es un Producto de Medicaid de Humana Health Plan Inc.