



## Consentimiento para Compartir Información Médica

El Plan Integral de Humana Healthy Horizons® y sus socios pueden compartir información médica acerca de esta persona:

Nombre: \_\_\_\_\_

Apellido                      Nombre

Fecha de nacimiento:        /        /

Dirección:

Ciudad: Estado: Código Postal:

Número de Identificación del Afiliado:

Número de grupo (si se tiene):

Número de teléfono:

El Plan Integral de Humana Healthy Horizons y sus socios pueden compartir la siguiente información médica (Marque solo una casilla):

- ☐ Cualquier información que se encuentre en el archivo
- ☐ Solo información sobre este problema de salud o lesión
- ☐ No quiero que se comparta mi información médica

\_\_\_\_\_ Fechas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Fechas:

\_\_\_\_\_ Fechas:

El Plan Integral de Humana Healthy Horizons puede compartir esta información médica con esta persona, compañía u otro grupo:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Parentesco con el Afiliado:

- ☐ Mi cónyuge
- ☐ Mi hermano
- ☐ Mi padre/madre
- ☐ Un hijo
- ☐ Un agente/corredor
- ☐ Un amigo
- ☐ Un grupo
- ☐ Otro: \_\_\_\_\_

Entiendo que:

- Tengo derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento. Para esto, debo enviar una carta.
- No puedo revocar el consentimiento para la información médica que el Plan Integral de Humana Healthy Horizons ya compartió.
- Por ley, el Plan Integral de Humana Healthy Horizons puede disputar una reclamación de mi póliza.

- Este consentimiento caducará en 24 meses.
- El Plan Integral de Humana Healthy Horizons no puede tomar ninguna decisión sobre el tratamiento o el pago que se base en si firmo, o no, este formulario.
- Una vez que comparta esta información médica con otros, ellos pueden volver a compartirla. Es posible que esta información ya no cuente con la protección de las leyes federales de privacidad.

Firma: \_\_\_\_\_

Si el afiliado no puede firmar, un representante legal puede hacerlo:

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación con el afiliado: \_\_\_\_\_

Tenga en cuenta: Los representantes legales deben adjuntar evidencia. Esta puede incluir un poder legal para el cuidado de la salud, el nombramiento de un sustituto para toma de decisiones sobre el cuidado de la salud, un testamento en vida o documentos de tutela legal.

Después de completar este formulario, envíelo por fax a: <insert fax #>

o por correo a:

Humana Healthy Horizons Administration LTC Incoming Mail  
P.O. Box 14768  
Lexington, KY 40512-9846

El Plan Integral de Humana Healthy Horizons se regirá por las leyes y reglamentaciones federales y estatales más estrictas.

**ENGLISH:** This information is available for free in other languages and formats. Please contact our Customer Service number at **888-998-7732**. If you use **TTY**, call **711**, Monday – Friday, 8 a.m. to 8 p.m.

**SPANISH:** Esta información está disponible gratuitamente en otros idiomas y formatos. Comuníquese con nuestro Servicio al Cliente llamando al **888-998-7732**. Si usa un **TTY**, marque **711**. El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.

**CREOLE:** Enfòmasyon sa a disponib gratis nan lòt lang ak fòma. Tanpri kontakte nimewo Sèvis Kliyan nou an nan **888-998-7732**. Si ou itilize **TTY**, rele **711**, Lendi - Vandredi, 8 a.m. a 8 p.m.

**FRENCH:** Ces informations sont disponibles gratuitement dans d'autre langues et formats. N'hésitez pas à contacter notre service client au **888-998-7732**. Si vous utilisez un appareil de télétype (**TTY**), appelez le **711** du lundi au vendredi, de 8h00 à 20h00.

**ITALIAN:** Queste informazioni sono disponibili gratuitamente in altre lingue e formati. La preghiamo di contattare il servizio clienti al numero **888-998-7732**. Se utilizza una telescrivente (**TTY**), chiami il numero **711** dal lunedì al venerdì tra le 8 e le 20:00.

**RUSSIAN:** Данную информацию можно получить бесплатно на других языках и в форматах. Для этого обратитесь в отдел обслуживания клиентов по номеру

**888-998-7732.** Если Вы пользователь **TTY**, звоните по номеру **711** с понедельника по пятницу, с 8.00 до 20.00. Llame si nos necesita

Si tiene alguna pregunta, dificultades para leer o entender este documento, llámenos al **888-998-7732 (TTY: 711)**. Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. Podemos ayudarle sin costo alguno para usted. Podemos explicarle el documento en inglés o en su primer idioma. También podemos ayudarle si necesita ayuda de la vista o de audición. Consulte su Manual del afiliado en relación a sus derechos.

## ¡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, origen étnico, estado civil, religión, o idioma. La discriminación va en contra de 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 **888-998-7732** o si utiliza un **TTY**, llame al **711**.
- También puede presentar una queja de derechos civiles ante el **Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., la Oficina de Derechos Civiles**, por medios electrónicos a través del portal de quejas disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o al **U.S. Department of Health and Human Services**, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)**. Los formularios de quejas están disponibles en <https://www.hhs.gov/sites/default/files/ocr-crcomplaint-form-package.pdf>.

Tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos.  
**888-998-7732 (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.

**Humana Healthy Horizons in Florida es un producto de Medicaid de Humana Medical Plan Inc.**

**English:** ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **888-998-7732 (TTY: 711)**.

**Español: (Spanish)** ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **888-998-7732 (TTY: 711)**.

**Kreyòl Ayisyen: (French Creole)** ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele **888-998-7732 (TTY: 711)**.

**Tiếng Việt: (Vietnamese)** CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **888-998-7732 (TTY: 711)**.