



Consentimiento para Compartir Información Médica

El Plan Integral de 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):

ACualquier información que se encuentre en el archivo

Solo información sobre este problema de salud o lesión

No quiero que se comparta mi información médica

_____ Dates: _____

_____ Dates: _____

Dates:

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. Comprehensive Plan has already shared.
- ☐ 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.

Call If You Need Us

If you have questions or need help reading or understanding this document, call us at **888-998-7732 (TTY: 711)**. We are available Monday through Friday, from 8 a.m. to 8 p.m. Eastern time. We can help you at no cost to you. We can explain the document in English or in your first language. We can also help you if you need help seeing or hearing. Please refer to your Member Handbook regarding your rights.

Important!

At Humana, it is important you are treated fairly.

Humana Inc. and its subsidiaries do not discriminate or exclude people because of their race, color, national origin, age, disability, sex, sexual orientation, gender, gender identity, ancestry, ethnicity, marital status, religion, or language. Discrimination is against the law. Humana and its subsidiaries comply with applicable Federal Civil Rights laws. If you believe that you have been discriminated against by Humana or its subsidiaries, there are ways to get help.

- You may file a complaint, also known as a grievance:
Discrimination Grievances, P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618.
If you need help filing a grievance, call **888-998-7732** or if you use a **TTY**, call **711**.
- You can also file a civil rights complaint with the
U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights
electronically through their Complaint Portal, available at
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or at **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)**. Complaint forms are available at <https://www.hhs.gov/sites/default/files/ocr-cr-complaint-form-package.pdf>.

Auxiliary aids and services, free of charge, are available to you.
888-998-7732 (TTY: 711)

Humana provides free auxiliary aids and services, such as qualified sign language interpreters, video remote interpretation, and written information in other formats to people with disabilities when such auxiliary aids and services are necessary to ensure an equal opportunity to participate.

Humana Healthy Horizons in Florida is a Medicaid product of 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)**.