Consentimiento del proveedor sobre información de salud protegida (PHI) confidencial de Medicaid

Este formulario es para permitir que Humana Healthy Horizons® in Ohio y sus proveedores tratantes compartan información. Su información de salud personal se usará para actividades de administración de cuidado de la salud, manejo de enfermedades y coordinación del cuidado para respaldar sus necesidades de cuidado de la salud. El contenido que compartiremos con sus proveedores incluirá evaluaciones y planes de cuidado según lo requiera su plan estatal de Medicaid durante su participación en Humana Healthy Horizons.

Información del afiliado (la persona cuya información será divulgada):		
Nombre (nombre/segundo nombre/apellido)	Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)	
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Identificación del afiliado	N.º de grupo (si corresponde)	
Número de teléfono ☐ Particular ☐ Celular*		

Entiendo que esta autorización permitirá que Humana Healthy Horizons use o divulgue mi información de salud protegida† como se indica a continuación: (Seleccione Divulgación completa o limitada)

☐ **Divulgación completa:** cualquier información de salud protegida que Humana Healthy Horizons y sus empresas afiliadas mantengan, incluidos registros de salud mental, VIH, enfermedades de transmisión sexual o abuso de sustancias o trastornos. Esto también incluye compartir información sobre farmacias de pedidos por correo, productos de bienestar y participación en programas de salud con los proveedores autorizados.‡

☐ **Divulgación limitada:** se compartirá información médica no restringida Y las categorías de elementos seleccionados a continuación. Esto también incluye compartir información sobre farmacias de pedidos por correo, productos de bienestar y participación en programas de salud con los proveedores autorizados.‡

Cuando se selecciona la divulgación limitada, coloque sus iniciales en las categorías adicionales que se compartirán a continuación:

_____ Enfermedades de transmisión sexual (ETS), incluido el estado del VIH.

_____ Diagnósticos y tratamiento de trastornos por consumo de sustancias.

_____ Información sobre procedimientos de aborto.

Humana Healthy Horizons® in Ohio

* Al proporcionarnos su número de teléfono celular, usted otorga permiso a Humana para llamar a su teléfono celular. † Salud incluye atención médica, dental, de farmacia, de la vista, salud del comportamiento y cuidado a largo plazo. ‡ Esto también incluye acceso web cuando esté disponible. Humana Healthy Horizons cumplirá con los más rigurosos de todos los reglamentos y las leyes federales y estatales.

GNHLQRYSP

Consentimiento para la divulgación de PHI (continuación)

Autorizo a Humana Healthy Horizons a divulgar y compartir mi información de salud protegida con los afiliados de mi equipo de cuidado que se mencionan a continuación en cumplimiento con las leyes federales y estatales.

Proveedor	Nombre	Dirección	Teléfono
Médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) / grupo			
Proveedor(es) de salud del comportamiento / grupo			
Proveedor(es) de salud del comportamiento / grupo			
Otro (anotar especialidad)			
Otro (anotar especialidad)			
Otro (anotar especialidad)			

- Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento enviando una revocación por escrito a Humana Healthy Horizons.
- Entiendo que la revocación no aplicará a información compartida en respuesta a esta autorización.
- Entiendo que la revocación no aplicará a Humana Healthy Horizons cuando la ley le otorgue el derecho a Humana Healthy Horizons para refutar una reclamación en virtud de mi póliza.
- A menos que se revoque de otro modo, esta autorización vencerá automáticamente 12 meses después de la fecha de mi firma a continuación o después de mi desafiliación en Humana Healthy Horizons.
- Entiendo que no es obligatorio firmar esta autorización y que Humana Healthy Horizons no puede condicionar el tratamiento, pago, afiliación o las decisiones de elegibilidad al hecho de que yo firme o no esta autorización.
- Entiendo que después de que la información sea divulgada de conformidad con esta autorización, puede ser vuelta a divulgar por el destinatario y es posible que la información ya no sea protegida por los reglamentos federales de privacidad.

Firma del afiliado o del representante legal	
☐ Afiliado ☐ Representante legal	Fecha (MM/DD/AA)

Después de completar y firmar el formulario, proporciónelo a su Equipo de Administración de Cuidados de la Salud de Humana para documentar sus preferencias como se indicó anteriormente o envíenoslo por correo en el sobre adjunto.

Para ayudarle a comprender este aviso, tiene a su disposición asistencia lingüística, servicios de interpretación y recursos y servicios auxiliares gratuitos. Los servicios incluyen, entre otros: traducción oral, escrita y recursos auxiliares. Puede solicitarlos llamando al **877-856-5702 (TTY: 711)**, de lunes a viernes, de 7 a.m. a 8 p.m., hora del este.

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.

French Creole (Haitian Creole): Kreyòl Ayisyen (French Creole) Rele nimewo ki e dike anwo a pou resevwa sèvis éd gratis nan lang.

Українська (Ukrainian): Зателефонуйте за вказаним вище номером для отримання безкоштовної мовної підтримки.

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

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

Soomaali (Somali): Wac lambarka kore si aad u hesho adeegyada caawimaada luuqada oo bilaash ah.

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

Kiswahili (Swahili): Piga simu kwa nambari iliyo hapo juu ili upate huduma za usaidizi wa lugha bila malipo.

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

Kinyarwanda (Burundi): Hamagara nomero yatanzwe haruguru kugira ngo uhabwe serivisi z'ubufasha bw'indimi ku buntu.

Oʻzbekcha (Uzbek): Til yuzasidan bepul yordam olish uchun yuqoridagi raqamga qoʻngʻiroq qiling.

پښتو (Pashtu): د وړيا ژبې ملاتړ ترلاسه کولو لپاره پورته شميرې ته زنګ ووهئ.

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

ትግርኛ (Tigrinya)፦ ነፃ ናይ ቋንቋ ሓገዝ ኣገልግሎት ንምርካብ በዚ ኣብ ላዕሊ ዘሎ ቁፅሪ ይደውሉ።

دری (Dari): برای دریافت خدمات رایگان کمک زبانی با شماره بالا تماس بگیرید.

Este aviso está disponible en **es-www.humana.com/OhioDocuments**.

Humana Healthy Horizons in Ohio es un Producto de Medicaid de Humana Health Plan of Ohio, Inc.

OHHMQVPSP_0725_Aprobado