

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 <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> 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.

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	
<input type="checkbox"/> Afiliado <input type="checkbox"/> 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.

Llámenos si nos necesita

Si tiene alguna pregunta, o necesita ayuda para leer o entender este documento, llámenos al **877-856-5702 (TTY: 711)**. Estamos a su disposición de lunes a viernes, de 7 a.m. a 8 p.m., hora del este. Podemos ayudarle sin costo para usted. Podemos explicarle el documento en inglés o en su idioma preferido. También podemos brindarle ayuda si tiene dificultades de la vista o la audición. Consulte su Manual para los afiliados para obtener información sobre 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 de la piel, religión, género, identidad de género, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, origen nacional, condición de militar, condición de veterano, información genética, ascendencia, origen étnico, estado civil, idioma, estado de salud o necesidad de servicios de salud. La discriminación es contra la ley. Humana y sus subsidiarias cumplen con las leyes aplicables de Derechos civiles federales. Si usted cree que Humana o sus subsidiarias le han discriminado, hay formas de obtener ayuda.

- Usted 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 **877-856-5702** o bien, si utiliza un TTY, llame al **711**.
- También puede presentar una queja de derechos civiles ante el:
 - **Departamento de Medicaid de Ohio (ODM, por sus siglas en inglés), Oficina de Derechos Civiles** enviando un correo electrónico a ODM_EEO_EmployeeRelations@medicaid.ohio.gov, enviando un fax al **614-644-1434** o por correo postal a P.O. Box 182709, Columbus, Ohio 43218-2709; o
 - **Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles**, electrónicamente a través de su Portal de quejas disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o a **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/ocr/office/file/index.html>.

Tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos. **877-856-5702 (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 Ohio es un producto de Medicaid de Humana Health Plan of Ohio, Inc.

Usted tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. 877-856-5702 (TTY: 711)

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.

नेपाली (Nepali): निःशुल्क 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.

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

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

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

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

繁體中文 (Traditional 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。

Ikinyarwanda (Kinyarwanda): Hamagara numero iri haruguru uhabwe serivisi z'ubufasha bw'ururimi ku buntu.

简体中文 (Simplified Chinese): 您可以拨打上面的电话号码以获得免费的语言协助服务。

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

پشتو (Pashto): د وړيا ژبې ملاتړ ترلاسه کولو لپاره پورته شميرې ته زنگ ووهئ.

አማርኛ (Amharic): ነፃ የቋንቋ ድጋፍ አገልግሎቶችን ለማግኘት ከላይ ባለው ስልክ ቁጥር ይደውሉ።

ગુજરાતી (Gujarati): મફત ભાષા સહાય સેવાઓ મેળવવા માટે ઉપર આપેલા નંબર પર કોલ કરો.