Consentimiento para la divulgación de información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés)

Información del afiliado (la persona cuya información será divulgada):		
Nombre (Nombre/Segundo nombre/Apellido)	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	
Dirección		
Ciudad	Estado	Código Postal
Identificación del afiliado	Número de grupo (si corresponde)	
Número de teléfono ☐ Fijo ☐ Celular*		

Complete lo siguiente solo si la persona que hace la solicitud no es el afiliado	
Nombre del solicitante	Relación con el afiliado
Dirección	
Autoridad legal	Número de teléfono ☐ Fijo ☐ Celular*

Entiendo que esta autorización permitirá a Humana y sus afiliadas utilizar o divulgar la PHI† que se describe a continuación: (Marque solo **un** casillero)

☐ **Divulgación Completa:** Cualquier PHI que Humana y sus afiliadas mantengan, incluida la información de salud confidencial que se detalla a continuación. Esto también incluye compartir información sobre datos de medicamentos recetados/medicamentos, productos de bienestar y programas de salud con la persona que está siendo autorizada.

☐ **Divulgaciones de Salud Confidencial Excluidas:** Toda la información protegida identificada anteriormente, excepto las categorías seleccionadas a continuación. Si no se marca ningún casillero, se seleccionará toda la información. Marque todas las opciones que correspondan:

- ☐ Salud del comportamiento o mental
- ☐ Enfermedades de transmisión sexual/virus de inmunodeficiencia humana (HIV, por sus siglas en inglés)/ síndrome de inmunodeficiencia adquirida (AIDS, por sus siglas en inglés)
- ☐ Enfermedades infecciosas
- ☐ Datos genéticos
- ☐ Salud reproductiva
- ☐ Trastorno por abuso de sustancias, sujeto a la Parte 2 del título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR, por sus siglas en inglés)

☐ **Divulgación Limitada:** Usted especifica qué PHI desea compartir, por ejemplo, información sobre una afección o un tratamiento, un rango de fechas específico o un tipo de producto. A menos que limite por tipo de producto, la información se aplicará a todos los productos y servicios.

Describa la limitación: _____

Si seleccionó Divulgación Limitada, indique qué productos aplican:

- ☐ **Médicos**
- ☐ **Dentales**
- ☐ **Go365 for Humana Healthy Horizons®**
- ☐ **De la vista**
- ☐ **Datos de medicamentos recetados/medicamentos**

Continúa al reverso →

Para uso único de Humana.

Consentimiento de divulgación de PHI—continuación

Esta información puede ser divulgada y utilizada por la siguiente persona u organización para ayudarme con los productos o servicios propiedad de Humana para los cuales doy mi consentimiento para divulgar información:			
Nombre (Nombre/Segundo nombre/Apellido)		Fecha de nacimiento (requerida) (MM/DD/AAAA)	
O bien, nombre de la organización (como un hogar para personas de la tercera edad, proveedor de cuidados o coordinador de cuidado de la salud)			
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Correo electrónico		Número de teléfono ☐ Fijo ☐ Celular*	
Relación ☐ Cónyuge ☐ Hermano/a ☐ Madre/padre ☐ Hijo/a ☐ Agente/Corredor ☐ Amigo/a ☐ Organización			

Comprendo lo siguiente:

- No estoy obligado a completar este consentimiento y Humana no puede basar sus decisiones sobre el tratamiento, el pago, la afiliación o la elegibilidad para los beneficios en mi presentación o no de este documento.
- Las divulgaciones pueden incluir información de proveedores de tratamiento pasados, presentes o futuros.
- Este consentimiento es válido hasta que cancele mi afiliación de Humana. Para los clientes de determinados estados, los consentimientos vencerán de conformidad con las leyes estatales aplicables.‡ Puedo cancelar mi consentimiento en cualquier momento a través de mi cuenta MyHumana, llamando a servicio al cliente o enviando una notificación por escrito a Humana.
- Si cancelo mi consentimiento, no se aplicará a ninguna información divulgada previamente mediante esta autorización. Una vez que se comparte la información, Humana no puede evitar que la persona u organización que tiene acceso a ella la comparta con otros, y es posible que esta información no esté protegida por la regulación federal sobre privacidad.

Firma del Afiliado o Representante legal	
☐ Afiliado ☐ Representante legal	Fecha (MM/DD/AAAA)

Tenga en cuenta lo siguiente: Los representantes legales deben adjuntar copias de la autorización, según lo exigido por la ley. Los ejemplos incluyen poderes legales sobre el cuidado de la salud, apoderados del cuidado de la salud, testamentos en vida o documentos de tutela.

Luego de completar y firmar el formulario, envíelo por fax al 800-633-8188. O, si lo prefiere, envíe su formulario completado por correo a la siguiente dirección: Humana Healthy Horizons, P.O. Box 14225, Lexington, KY 40512-9995.

* Al proporcionar su número de teléfono celular, autoriza a Humana a realizar llamadas a su celular relacionadas con esta autorización.

† La información médica incluye datos de atención Médica, Dental, de Farmacia, de Salud del Comportamiento, de la Visión y de Cuidado a Largo Plazo.

‡ Caduca en 12 meses: California (CA, por sus siglas en inglés), Connecticut (CT, por sus siglas en inglés), Georgia (GA, por sus siglas en inglés), Illinois (IL, por sus siglas en inglés), Massachusetts (MA, por sus siglas en inglés), Maryland (MD, por sus siglas en inglés), Carolina del Norte (NC, por sus siglas en inglés), Nueva Jersey (NJ, por sus siglas en inglés), Nevada (NV, por sus siglas en inglés), Ohio (OH, por sus siglas en inglés), Oregón (OR, por sus siglas en inglés). Caduca en 24 meses: Florida (FL, por sus siglas en inglés), Kentucky (KY, por sus siglas en inglés), Montana (MT, por sus siglas en inglés), Viriginia (VA, por sus siglas en inglés) y Puerto Rico.
Humana seguirá las leyes y reglamentos federales y estatales más estrictos.

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.

O'zbekcha (Uzbek): Til yuzasidan bepul yordam olish uchun yuqoridagi raqamga qo'ng'iroq qiling.

پشتو (Pashtu): د وړیا ژبې ملاتړ ترلاسه کولو لپاره پورته شمیرې 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