Consentimiento para la divulgación de información de salud protegida

Este formulario nos permitirá compartir cierta información de salud sobre usted con un familiar u otra persona de confianza. Complete este formulario únicamente si desea autorizar a Humana Healthy Horizons® a compartir su información con alguien que no sea usted.

Información del afiliado (la persona cuya información será divulgada):

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Primer Nombre Segundo Nombre Apellido Mes / Día / Año

Dirección: _____

Calle Ciudad Estado Código postal

Identificación del afiliado: _____ Número de grupo (si corresponde): _____

Número de teléfono: _____ ☐ Particular ☐ Celular*

Entiendo que esta autorización le permitirá a Humana y a sus empresas afiliadas utilizar o divulgar la información de salud protegida que se describe a continuación:†** (Marque solo **una** casilla)

☐ Divulgación completa: cualquier información de salud protegida que Humana y sus empresas afiliadas mantengan, incluidos registros de salud mental, VIH, estado de salud, abuso de sustancias o trastornos. Esto también incluye compartir información sobre farmacias de pedidos por correo, productos de bienestar y programas de salud con la persona que se autoriza.

☐ Divulgación limitada: usted especifica qué PHI compartir. Por ejemplo, información sobre afecciones o tratamientos, un rango de fechas específico o cierto tipo de productos. Salvo que limite por tipo de producto, la información se aplicará a todos los productos y servicios.

Si seleccionó Divulgación limitada, indique a qué producto(s) se aplica(n):

☐ Cobertura médica ☐ Medicamentos recetados ☐ Visión ☐ Dental

☐ Go365 for Humana Healthy Horizons®

Esta información puede ser divulgada a la siguiente persona u organización, y estas podrán usarla (como un hogar de ancianos, un proveedor de cuidado y coordinadores de cuidados) para ayudarme con los productos o servicios de Humana para los cuales otorgo mi consentimiento para divulgar información:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Primer Nombre Segundo Nombre Apellido Mes / Día / Año

O si es una organización: _____

Nombre

Dirección: _____

Calle Ciudad Estado Código postal

Correo electrónico: _____ Teléfono: _____ ☐ Particular ☐ Celular*

Relación: ☐ Cónyuge ☐ Herma-no/a ☐ Padre ☐ Hijo ☐ Agente/Corre-dor

☐ Amigo ☐ Organización

Continúa en la parte de atrás →

Consentimiento para la divulgación de información de salud protegida (PHI), continuación

Comprendo lo siguiente:

- No tengo la obligación de completar este consentimiento y Humana no puede basar las decisiones relacionadas con el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios en el hecho de si lo presento o no.
- Las divulgaciones pueden incluir información de proveedores de tratamiento pasados, presentes o futuros.
- Este consentimiento es válido hasta que cancele mi afiliación a Humana. Para los clientes de los siguientes estados, CA, CT, GA, IL, MA, MD, MT, NC, NJ, NV, OH, OR, PR, VA, los consentimientos vencerán de conformidad con las leyes estatales vigentes‡. Puedo cancelar mi consentimiento en cualquier momento a través de mi cuenta MyHumana, llamando a Servicio al Cliente o enviando un aviso por escrito a Humana.
- Si cancelo el consentimiento, no se aplicará a ninguna información previamente divulgada con esta autorización. Una vez que se comparte la información, Humana no puede impedir que la persona u organización que tiene acceso a ella comparta esa información con otros y es posible que esta información no esté protegida por los requisitos de privacidad federales.

Firma del afiliado o del representante legal: _____

☐ Afiliado ☐ Representante legal Fecha: _____

Tenga presente lo siguiente: Los representantes legales deben adjuntar copias de las autorizaciones según lo exige la ley. Entre los ejemplos se encuentran poder de cuidado de la salud, designación de apoderado para la toma de decisiones sobre el cuidado de la salud, testamento en vida o papeles de tutela.

Después de completar y firmar el formulario, envíenoslo por correo en el sobre con franqueo pagado adjunto.

*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 atención a largo plazo.

‡ Vence en 12 meses: CA, CT, GA, IL, MA, MD, NC, NJ, NV, OH, OR
Vence en 24 meses: MT, VA y Puerto Rico

Humana se regirá por las formas más estrictas de todas las leyes y reglamentaciones federales y estatales.

Usted tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos. **866-432-0001 (TTY: 711)**, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este.

Humana Inc. y sus subsidiarias cumplen con la Sección 1557 al brindar recursos y servicios auxiliares gratuitos a las personas con discapacidades cuando dichos recursos y servicios son necesarios para asegurar la igualdad de oportunidades para participar. Los servicios incluyen intérpretes de lengua de señas acreditados, la interpretación remota por video y el envío de la información en otros formatos.

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.

繁體中文 (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。

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

한국어 (Korean): 무료 언어 지원 서비스를 받으려면 위 번호로 전화하십시오.

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

Tagalog (Tagalog – Filipino): Tawagan ang numero sa itaas para makatanggap ng mga libreng serbisyo sa tulong sa wika.

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

Deutsch (German): Wählen Sie die oben angegebene Nummer, um kostenlose sprachliche Hilfsdienstleistungen zu erhalten.

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

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

Português (Portuguese): Ligue para o número acima para receber serviços gratuitos de assistência no idioma.

日本語 (Japanese): 無料の言語支援サービスを受けるには、上記の番号までお電話ください。

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

हिंदी (Hindi): भाषा सहायता सेवाएं मुफ्त में प्राप्त करने के लिए ऊपर के नंबर पर कॉल करें।

ខ្មែរ (Cambodian): ហៅមកលេខទូរស័ព្ទខាងលើ ដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មបកប្រែភាសាដោយមិនអស់ប្រាក់ ។

Este aviso está disponible en **es-www.Humana.com/SouthCarolinaDocuments**.

Humana Healthy Horizons in South Carolina es un producto de Medicaid de Humana Benefit Plan of South Carolina, Inc.

SCHMEDVSP_Aprobado