

Consent for Release of Medical Information

Patient Name: _____ SS #: _____

Address: _____

Birth Date: _____ Telephone Number: _____

I authorize _____

to release copies of my medical records to: _____

- A. I authorize release of information for: (refer to Sections C and D)
 - _____ Medical Care (physician, etc.)
 - _____ Personal Use
 - _____ Other: _____ (Attorney, Insurance, Employer, etc.)
- B. I am transferring from medical office # _____ to # _____ (refer to Sections C and D)
- C. I authorize release of my (refer to Section D, if applicable)
 - _____ Entire medical record
 - OR -
 - _____ Medical records for the specific treatment dates from _____ to _____
- D. I authorize release of the following portions of my medical record: (Write your initials beside each area to be included in release)

_____ Mental Health	_____ Substance Abuse
_____ HIV/AIDS	_____ Communicable Disease

I understand that this authorization shall be in effect for 180 days following the date of signature. However, I understand that this authorization may be revoked at any time by giving oral or written notice to the medical office. A photocopy of this authorization shall constitute a valid authorization. I understand that once my records have been released, the medical office cannot retrieve them and has no control over the use of the already released copies.

I hereby release Humana Inc., its subsidiaries and affiliates, and my medical office from any and all liability which may arise as a result of my authorized release of these records.

Should my case require review by a governing agency or another medical professional actively involved in my care to make a final determination, it is with my consent that a copy of these records will be submitted to the agency or medical professional for his review.

Patient (or legal representative) _____ Date: _____

Relationship to Patient

Witness

Consentimiento para la Divulgación de Información Médica

Nombre del paciente: _____ Seguro Social #: _____

Dirección: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de teléfono: _____

Autorizo a _____

para que entregue copias de mis registros médicos a: _____

- A. Autorizo la divulgación de información para: (consulte las secciones C y D)
- _____ Atención médica (médico, etc.) _____ Uso personal
- _____ Otro: _____ (abogado, aseguradora, empleador, etc.)
- B. Me estoy trasladando del consultorio médico # _____ al # _____ (consulte las secciones C y D)
- C. Autorizo la divulgación de (consulte la Sección D, si corresponde)
- _____ Todo mi expediente médico
- O BIEN -
- _____ Mis expedientes médicos relacionados con un periodo de tratamiento específico,
del _____ al _____
- D. Autorizo la divulgación de las siguientes partes de mi expediente médico: (Escriba sus iniciales al lado de cada área que se vaya a divulgar)
- _____ Salud mental _____ Abuso de sustancias
- _____ VIH/SIDA _____ Enfermedades transmisibles

Entiendo que esta autorización estará vigente durante 180 días a partir de la fecha de la firma. No obstante, entiendo que esta autorización puede anularse en cualquier momento mediante notificación verbal o escrita al consultorio médico. Una fotocopia de esta autorización constituirá una autorización válida. Entiendo que una vez que mis expedientes hayan sido divulgados, el consultorio médico no podrá recuperarlos y no tendrá control sobre el uso de las copias ya divulgadas.

Por medio de la presente, eximo a Humana Inc., a sus subsidiarias y empresas afiliadas, y a mi consultorio médico de toda responsabilidad que pueda surgir como resultado de la divulgación por mí autorizada de estos expedientes.

Si mi caso llegara a requerir una revisión por parte de una agencia gubernamental u otro profesional médico que participe activamente en mi atención para tomar una determinación final, será con mi consentimiento que se entregará una copia de estos expedientes a la agencia o profesional médico para la revisión en cuestión.

Paciente (o representante legal) _____ Fecha: _____

Relación con el paciente

Testigo

Call If You Need Us

If you have questions or need help reading or understanding this letter, call us at **1-866-432-0001** or **TTY, call 711**. We are available Monday – Friday, from 8 a.m. to 6 p.m. Eastern time. We can help you at no cost to you. We can explain the letter in English or in your first language. We can also help you if you need help seeing or hearing. Please refer to your Enrollee Handbook regarding your rights.

Discrimination is Against the Law.

Humana Inc. and its subsidiaries comply with applicable Federal civil rights laws and do not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Humana Inc. and its subsidiaries do not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, sex, sexual orientation, gender identity, or religion. See our website for more information.

Humana Inc. and its subsidiaries:

- Provide free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provide free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, contact Enrollee Services at **1-866-432-0001 (TTY: 711)**.

If you believe that Humana Inc. or its subsidiaries have failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with:

Discrimination Grievances

P.O. Box 14618

Lexington, KY 40512 – 4618

1-866-432-0001 or if you use a **TTY, call 711**.

You can file a grievance by mail or phone. If you need help filing a grievance, Member Services is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Multi-Language Interpreter Services

English: ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-866-432-0001 (TTY: 711)**.

Español (Spanish) ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-866-432-0001 (TTY: 711)**.

繁體中文 (Chinese) 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-866-432-0001 (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 **1-866-432-0001 (TTY: 711)**.

Llame si nos necesita

Si tiene alguna pregunta, dificultades para leer o entender esta carta, llámenos al **1- 866-432-0001** o **TTY**, llame al **711**. Estamos disponibles de lunes a viernes, de 7 a.m. a 7 p.m., hora del este. Podemos ayudarle sin costo alguno para usted. Podemos explicarle la carta en inglés o en su primer idioma. También podemos ayudarle si tiene problemas de la vista o de audición. Consulte su Manual del afiliado en relación a sus derechos.

La discriminación es contra la ley

Humana Inc. y sus subsidiarias cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Humana Inc. and its subsidiaries no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Humana Inc. y sus subsidiarias:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes capacitados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con Servicio al Cliente al **1- 866-432-0001 (TTY: 711)**. Si considera que Humana Inc. o sus subsidiarias no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a:

Discrimination Grievances

P.O. Box 14618

Lexington, KY 40512 – 4618

1- 800-444-9137 o si usa un **TTY**, llame al **711**.

Puede presentar el reclamo por correo o por teléfono. Si necesita ayuda para hacerlo, Servicio al Cliente está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Multi-Language Interpreter Services

English: ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-866-432-0001 (TTY: 711)**.

Español (Spanish) ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-866-432-0001 (TTY: 711)**.

繁體中文 (Chinese) 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言

援助服務。請致電 **1-866-432-0001 (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 **1-866-432-0001 (TTY: 711)**.

한국어 (Korean) 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-866-432-0001 (TTY: 711)**번으로 전화해 주십시오.

Français (French) ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-866-432-0001 (ATS: 711)**.

Tagalog (Tagalog – Filipino) PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **1-866-432-0001 (TTY: 711)**.

Русский (Russian): ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-866-432-0001 (телетайп: 711)**.

Deutsch (German): ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: **1-866-432-0001 (TTY: 711)**.

ગુજરાતી (Gujarati): સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો **1-866-432-0001 (TTY: 711)**.

أرabic (Arabic) فتاح اس ملامت ادخ نإف، ةغل لارك اذا ثدحت تنك اذا: ةظوح لم فتاه مقر) **1-866-432-0001** مقر ل صتا. ن اجم اب كل رفاوتت ةي وغل ل لم كبل او مصل: **711**).

Português (Portuguese): ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para **1-866-432-0001 (TTY: 711)**.

日本語 (Japanese) 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。 **1-866-432-0001 (TTY: 711)**まで、お電話にてご連絡ください。

Українська (Ukrainian): УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером **1-866-432-0001 (телетайп: 711)**.

हिंदी (Hindi): ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। **1-866-432-0001 (TTY: 711)** पर कॉल करें।

ខ្មែរ (Cambodian/Khmer): ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្លូវភាសា ដោយមិនគិតលុយនូវគឺអាចមានសំរាប់ប្រើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ **1-866-432-0001 (TTY: 711)**។