

Consentimiento del proveedor para el uso de información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) confidencial

Este formulario es para autorizar que se comparta información entre Humana Healthy Horizons® y los proveedores que le brindan tratamiento. Su información de salud personal se utilizará para la coordinación del cuidado de salud, el manejo de enfermedades y las actividades de cuidado coordinado en respaldo de 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 de Medicaid estatal durante su participación en Humana Healthy Horizons.

| Información del/de la afiliado/a (la persona cuya información se divulgará) | | |
|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|---------------|
| Nombre (nombre/segundo nombre/apellido) | Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) | |
| Dirección | | |
| Ciudad | Estado | CÓDIGO POSTAL |
| Identificación del/de la afiliado/a | N.º de grupo (si corresponde) | |
| Número de teléfono | Particular | Celular* |

Entiendo que esta autorización permitirá que Humana Healthy Horizons utilice o revele mi información de salud protegida[†] según se indica a continuación: (Seleccione divulgación completa o divulgación limitada)

Divulgación completa: Toda información de salud protegida que Humana Healthy Horizons y sus afiliadas conserven, incluida aquella relacionada con salud mental, VIH, enfermedades de transmisión sexual o registros de trastornos por uso de sustancias. Esto también incluye compartir información sobre farmacias de pedido por correo, productos de bienestar y participación en programas de salud con el proveedor o los proveedores que se están autorizando.[‡]

Divulgación limitada: Se compartirá información de salud no restringida Y las categorías de artículos seleccionados a continuación. Esto también incluye compartir información sobre farmacias de pedido por correo, productos de bienestar y participación en programas de salud con el proveedor o los proveedores que se están autorizando.[‡]

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

- Enfermedades de transmisión sexual (STD, por sus siglas en inglés), lo que incluye VIH
- Diagnóstico y tratamiento de trastornos por uso de sustancias
- Información sobre procedimientos de aborto

Humana Healthy Horizons®

OKHM6XJSP

* Al dar su número de celular, usted da permiso para que Humana se comunice con usted por este medio.

† Salud incluye cuidado médico, dental, de farmacia, de salud del comportamiento, de la vista 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 leyes federales y estatales.

Consentimiento para divulgar información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés), continuación

Autorizo a Humana Healthy Horizons a divulgar y compartir mi información de salud protegida con los miembros de mi equipo de cuidado mencionados a continuación en conformidad con la ley federal y estatal.

| Proveedor | Nombre | Dirección | Teléfono |
|-----------------------------------------------------------------------|--------|-----------|----------|
| Proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés)/grupal | | | |
| Proveedor(es) de salud del comportamiento/grupal | | | |
| Proveedor(es) de salud del comportamiento/grupal | | | |
| Otros (indicar especialidad) | | | |
| Otros (indicar especialidad) | | | |
| Otros (indicar 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 se aplicará a la información compartida en respuesta a esta autorización.
- Entiendo que la revocación no se aplicará a Humana Healthy Horizons cuando la ley otorgue el derecho a Humana Healthy Horizons de impugnar una reclamación acorde a mi póliza.
- Salvo que se revoque de otro modo, esta autorización vencerá automáticamente 12 meses después de la fecha de mi firma a continuación o cuando me desafilie de Humana Healthy Horizons.
- Entiendo que no estoy obligado a firmar esta autorización y que Humana Healthy Horizons no puede basar las decisiones de tratamiento, pago, afiliación o elegibilidad en el hecho de que yo firme esta autorización.
- Entiendo que después de que se divulgue la información de conformidad con esta autorización, el destinatario podrá divulgarla nuevamente, y que la información podría quedar desprotegida por las regulaciones federales sobre privacidad.

| | | |
|------------------------------------------------|---------------------|------------------|
| Firma del Afiliado/a o del Representante legal | | |
| Afiliado/a | Representante legal | Fecha (mm/dd/aa) |

Tenga en cuenta: Los representantes legales deben adjuntar copias de la autorización según lo exige la ley. Los ejemplos incluyen un poder notarial para cuidado de la salud, el nombramiento de un sustituto para la toma de decisiones relacionadas con el cuidado de la salud, un testamento en vida o documentos de tutela legal.

Una vez que complete y firme el formulario, entrégueselo a su Equipo de coordinación del cuidado de la salud de Humana para documentar sus preferencias según lo indicado anteriormente o envíenoslo por correo postal en el sobre adjunto.

Llámenos si nos necesita

Si tiene alguna pregunta, o necesita ayuda para leer o entender este documento, llámenos al **855-223-9868 (TTY: 711)**. Estamos a su disposición de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., horario central. Podemos ayudarle sin costo para usted. Podemos explicarle el documento en inglés o en su idioma materno. 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, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, género, identidad de género, ascendencia, origen étnico, estado civil, religión, o idioma. La discriminación va en contra de la ley. Humana y sus subsidiarias cumplen con las leyes de derechos civiles federales aplicables. 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 **855-223-9868** o bien, si utiliza un **TTY**, llame al **711**.
- También puede presentar una queja de derechos civiles ante el **Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Oficina de Derechos Civiles** por medios electrónicos 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/sites/default/files/ocr-cr-complaint-form-package.pdf>.

Tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos.
855-223-9868 (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 Oklahoma es un producto de Medicaid de Humana Wisconsin Health Organization Insurance Corporation.

