

Consentimiento para divulgar información de salud protegida

Este formulario nos permitirá compartir cierta información de salud sobre usted con un miembro de su familia u otra persona de confianza. Solo complete este formulario si quiere autorizar a Humana Healthy Horizons® a compartir su información con otra persona que no sea usted.

Información del afiliado (la persona cuya información será divulgada)		
Nombre (Primer 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 <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular*		

Entiendo que esta autorización permitirá a Humana y sus filiales utilizar o divulgar la información de salud† protegida (PHI, por sus siglas en inglés) que se describe a continuación: (Marque solo **un** casillero).

- Divulgación total:** Cualquier PHI que Humana y sus filiales tengan puede ser compartida, incluidos registros de salud mental, virus de la inmunodeficiencia humana (HIV, por sus siglas en inglés), estado de salud o de trastorno por uso de sustancias. Esto también incluye compartir información de la farmacia de pedido por correo, productos de bienestar y programas de salud con la persona autorizada.
- Divulgación limitada:** Usted especifica qué PHI compartir, por ejemplo, información sobre la afección o el 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.

Si seleccionó divulgación limitada, indique qué producto(s) aplica(n):

- Cobertura médica y/o de medicamentos recetados Dental
 Visión Go365®

Humana Healthy Horizons® in Virginia

Continúa al reverso →

Para uso único de Humana.

VAHM9PSSP

* Al proporcionar su número de teléfono celular, usted da permiso a Humana para llamarle a ese número.
† La información de salud incluye datos de atención médica, dental, farmacia, salud del comportamiento, visión, cuidado a largo plazo. Humana seguirá las leyes y reglamentos federales y estatales más estrictos.

Consentimiento de divulgación de PHI—continuación

Esta información puede ser divulgada a, y utilizada por, la siguiente persona u organización (como un hogar para personas de la tercera edad, proveedores de cuidados y coordinadores de cuidado de la salud) para ayudarme con los productos o servicios propiedad de Humana para los que estoy dando mi consentimiento para divulgar información:			
Nombre (Primer nombre/Segundo nombre/Apellido)		Fecha de nacimiento (requerida) (mm/dd/aaaa)	
Nombre (de ser organización)			
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Correo electrónico		Número de teléfono <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular*	
Relación <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Madre/padre <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Agente/corredor <input type="checkbox"/> Amigo/a <input type="checkbox"/> 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 a Humana. Puedo cancelar mi consentimiento en cualquier momento a través de mi cuenta de MyHumana, llamando a servicio al cliente o presentando un aviso por escrito a Humana.
- Si cancelo el consentimiento, no se aplicará a ninguna información que se divulgó previamente con 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 personal	
<input type="checkbox"/> Afiliado <input type="checkbox"/> Representante personal	Fecha (mm/dd/aaaa)
Relación (del representante personal) con el afiliado	

Tenga en cuenta lo siguiente: Si corresponde, los representantes personales deben adjuntar copias de la autorización, según lo exige 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 Insurance Company, P.O. Box 14168, Lexington, KY 40512-4168.