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

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 Insurance Company, P.O. Box 14168, Lexington, KY 40512-4168.

* 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), Virginia (VA, por sus siglas en inglés) y Puerto Rico. Humana seguirá las leyes y reglamentos federales y estatales más estrictos.

Aviso de Disponibilidad - Aviso de Recursos y Servicios Auxiliares

English: Free language, auxiliary aid, and alternate format services are available. Call **844-881-4482 (TTY: 711)**.

العربية [Arabic]: تتوفر خدمات اللغة والمساعدة الإضافية والتنسِّيق البديل مجاناً. اتصل على الرقم **844-881-4482 (الهاتف النصي: 711)**.

Հայերեն [Armenian]: Հասանելի են անվճար լեզվական, աջակցման և այլընտրանքային ձևաչափի ծառայություններ: Զանգահարեք **844-881-4482 (TTY՝ 711)** հեռախոսահամարով:

বাংলা [Bengali]: বিনামূল্যে ভাষা, আনুষঙ্গিক সহায়তা, এবং বিকল্প বিন্যাসে পরিষেবা উপলব্ধ। ফোন করুন **844-881-4482 (TTY: 711)** নম্বরে।

简体中文 [Simplified Chinese]：我们可提供免费的语言、辅助设备以及其他格式版本服务。请致电 **844-881-4482**（听障专线：**711**）。

繁體中文 [Traditional Chinese]：我們可提供免費的語言、輔助設備以及其他格式版本服務。請致電 **844-881-4482**（聽障專線：**711**）。

Kreyòl Ayisyen [Haitian Creole]: Gen sèvis lengwistik gratis, èd oksilyè, ak lòt fòma sèvis ki disponib. Rele **844-881-4482 (TTY: 711)**.

Hrvatski [Croatian]: Dostupne su besplatne jezične usluge, usluge dodatne pomoći i alternativnog formata. Nazovite **844-881-4482 (TTY: 711)**.

فارسی [Farsi]: خدمات زبان رایگان، کمک های اضافی و فرمت های جایگزین در دسترس است. با **844-881-4482 (TTY: 711)** تماس بگیرید.

Français [French] : Des services gratuits d’assistance linguistiques, d’aide auxiliaire et de format alternatif sont disponibles. Appelez le **844-881-4482 (ATS : 711)**.

Deutsch [German]: Es stehen kostenlose unterstützende Hilfs- und Sprachdienste sowie alternative Dokumentformate zur Verfügung. Telefon: **844-881-4482 (TTY: 711)**.

Ελληνικά [Greek]: Διατίθενται δωρεάν γλωσσικές υπηρεσίες, βοηθήματα και υπηρεσίες σε εναλλακτικές προσβάσιμες μορφές. Καλέστε στο **844-881-4482 (TTY: 711)**.

ગુજરાતી [Gujarati] મફત ભાષા, સહાયક સહાય અને વૈકલ્પિક ફોર્મેટ સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે. **844-881-4482 (TTY: 711)** પર કૉલ કરો.

עברית [Hebrew]: שירותים אלה זמינים בחינם: שירותי תרגום, אביזרי עזר וטקסטים בפורמטים חלופיים. נא התקשר למספר **844-881-4482 (TTY: 711)**

हिंदी [Hindi]: निःशुल्क भाषा, सहायक मदद और वैकल्पिक प्रारूप सेवाएं उपलब्ध हैं। **844-881-4482 (TTY:711)** पर कॉल करें।

Hmoob [Hmong]: Muaj kev pab txhais lus, pab kom hnov suab, thiab lwm tus qauv pab cuam. Hu **844-881-4482 (TTY: 711)**.

Italiano [Italian]: Sono disponibili servizi gratuiti di supporto linguistico, assistenza ausiliaria e formati alternativi. Chiamare il numero **844-881-4482 (TTY: 711)**.

日本語 [Japanese]: 言語支援サービス、補助支援サービス、代替形式サービスを無料でご利用いただけます。**844-881-4482 (TTY: 711)** までお電話ください。

ភាសាខ្មែរ [Khmer]៖ សេវាកម្មផ្នែកភាសា ជំនួយ និង សេវាកម្មជាទម្រង់ផ្សេងជំនួសអាចរកបាន។ ទូរសព្ទទៅលេខ **844-881-4482 (TTY: 711)**។

한국어 [Korean]: 무료 언어, 보조 지원 및 대체 형식 서비스를 이용하실 수 있습니다. **844-881-4482 (TTY: 711)** 번으로 문의하십시오.

ພາສາລາວ [Lao]: ມີບໍລິການພາສາ, ອຸປະກອນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຮູບແບບທາງເລືອກອື່ນບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້. ໂທ **844-881-4482 (TTY: 711)**.

Diné [Navajo]: Saad bee áná’álwo’, bee haz’áanii, dóó naaltsoos t’áá ajiłii’ígíí bee ak’e’elyaaígíí t’áá jiik’eh hóló. **844-881-4482 (TTY: 711)** bich’į’ hodíílnih.

Polski [Polish]: Dostępne są bezpłatne usługi językowe, pomocnicze i alternatywne formaty. Zadzwoń pod numer **844-881-4482 (TTY: 711)**.

Português [Brazilian Portuguese]: Estão disponíveis serviços gratuitos de ajuda linguística auxiliar e outros formatos alternativos. Ligue **844-881-4482 (TTY: 711)**.

ਪੰਜਾਬੀ [Punjabi]: ਮੁਫ਼ਤ ਭਾਸ਼ਾ, ਸਹਾਇਕ ਸਹਾਇਤਾ, ਅਤੇ ਵਿਕਲਪਿਕ ਫਾਰਮੈਟ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। **844-881-4482 (TTY: 711)** ‘ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Русский [Russian]: Предоставляются бесплатные услуги языковой поддержки, вспомогательные средства и материалы в альтернативных форматах. Звоните по номеру **844-881-4482 (TTY: 711)**.

Español [Spanish]: Los servicios gratuitos de asistencia lingüística, ayuda auxiliar y servicios en otro formato están disponibles. Llame al **844-881-4482 (TTY: 711)**.

Tagalog [Tagalog]: May available na mga libreng serbisyo sa wika, mga gamit na pantulong, at alternatibong format. Tumawag sa **844-881-4482 (TTY: 711).**

தமிழ் [Tamil]: மொழி,, உதவிப் பொருட்கள் மற்றும் மாற்று வடிவமைப்புச் சேவைகள் இலவசமாகக் கிடைக்கின்றன. **844-881-4482 (TTY: 711)** எண்ணை அழைக்கவும்.

اردو [Urdu]: مفت زبان، معاون امداد، اور متبادل فارمیٹ کی خدمات دستیاب ہیں۔ کال **844-881-4482 (TTY: 711)**

తెలుగు (Telugu): ఉచిత భాష, సహాయక మద్దతు, మరియు ప్రత్యామ్నాయ ఫార్మాట్ సేవలు అందుబాటులో గలవు. **844-881-4482 (TTY: 711)** కి కాల్ చేయండి.

Tiếng Việt [Vietnamese]: Có sẵn miễn phí các dịch vụ ngôn ngữ, hỗ trợ phụ trợ và định dạng thay thế. Hãy gọi **844-881-4482 (TTY: 711)**.

አማርኛ [Amharic]፦ ነጻ ቋንቋ፣ አጋዥ ማዳመጫዎች እና አማራጭ ቅርፀት ያላቸው አገልግሎቶችም ይገኛሉ። በ **844-881-4482 (TTY: 711)** ላይ ይደውሉ።

Bǎsɔ̀ɔ̀ [Bassa]: Wuɖu-xwíníín-mú-zà-zà kǔà, hwòɖǒ-fɔ́nɔ́-nyɔ, kè yɔ-ɓɔ̌-po-kàbě ɓɛ́ wa nyuɛsé wíɖí pɛ́è-pɛ́èɖò kɔ. Đá **844-881-4482 (TTY: 711)**.

Bekee [Igbo]: Asụsụ n’efu, enyemaka nkwarụ, na ọrụ usoro ndị ọzọ dị. Kpọọ **844-881-4482 (TTY: 711)**.

Òyìnbó [Yoruba]: Àwọn iṣẹ́ àtìlẹ́hìn ìrànlọ́wọ́ èdè, àti ọ̀nà kíkà míràn wà lárọwọ́tó lọ́fẹ̀ẹ́. Pe **844-881-4482 (TTY: 711)**.

नेपाली [Nepali]: नि:शुल्क भाषा सेवा, सहायक सामग्री र वैकल्पिक ढाँचाका सेवाहरू उपलब्ध छन् । **844-881-4482 (TTY: 711)** मा कल गर्नुहोस् ।

Este aviso está disponible en **es-www.humana.com/VirginiaDocuments**