

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

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

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____
Nombre Segundo nombre Apellido Mes Día Año
Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código postal
N.º de identificación del afiliado: _____ N.º de grupo (si corresponde): _____ N.º de teléfono: _____
 Casa Celular*

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

- Divulgación completa: Toda información de salud protegida que Humana y sus compañías afiliadas conserven, incluidos registros de trastornos de salud mental, VIH, estado de salud o uso de sustancias. Esto también incluye compartir información sobre farmacias de pedido por correo, productos de bienestar y programas de salud con la persona que está siendo autorizada.
- 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. Salvo que usted limite la información por tipo de producto, la información se aplicará a todos los productos y servicios. _____

Si selecciona Divulgación limitada, indique el/los producto(s) que corresponda(n):

- Cobertura de servicios médicos
 o para medicamentos recetados Visión Dental Humana Pharmacy (envío por correo) Go365

Esta información puede ser divulgada a, y utilizada por, la siguiente persona u organización (como un hogar de ancianos, un proveedor de cuidado médico y coordinadores de cuidado médico) para que me ayude con los productos o servicios de Humana, para lo cual doy mi consentimiento para la divulgación de la información:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____
Nombre Segundo nombre Apellido Campo requerido Mes Día Año

O, si es una organización: _____
Nombre

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Correo electrónico: _____ N.º de teléfono: _____
 Casa Celular*

Parentesco/
Relación: Cónyuge Hermano(a) Padre/Madre Hijo(a) Agente/Corredor Amigo(a) Organización

Entiendo que:

·No tengo la obligación de firmar este consentimiento, y Humana no puede basar sus decisiones sobre tratamiento, pagos, inscripción o elegibilidad para beneficios en función de que lo presente.

·Las divulgaciones pueden incluir información de proveedores de tratamiento pasados, actuales o futuros.

·Este consentimiento es válido hasta que yo cancele mi afiliación a Humana. Para los clientes de los siguientes estados, los consentimientos de CA, CT, GA, IL, MA, MD, MT, NC, NJ, NV, OH, OR, PR, VA vencerán en conformidad con las leyes estatales aplicables.*** Puedo cancelar mi consentimiento en cualquier momento a través de mi cuenta de MyHumana, llamando a Servicio al cliente, o enviando un aviso por escrito a Humana.

·Si cancelo mi consentimiento, no se aplicará a ninguna información previamente divulgada con esta autorización. Una vez que se comparte la información, Humana no puede evitar que la persona u organización que tiene acceso a la información la comparta con terceros, y es posible que esta información no esté protegida por las reglamentaciones de privacidad federales.

Firma del afiliado o del representante legal _____ Fecha: ____ / ____ / ____

- Afiliado Representante legal

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.

Luego de llenar y firmar el formulario, envíelo por fax al **1-800-633-8188**. O si lo prefiere, envíe por correo su formulario completado a: **Humana Insurance Company, P.O. Box 14168, Lexington, KY 40512-4168**

Humana

* Al dar su número de celular, está dando permiso para que Humana se comunique con usted por este medio.
** Salud incluye información Médica, Dental, Farmacia, Salud del comportamiento, Visión, Cuidado 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

GNHJ5Y5SP 0119

Humana se registrará por las leyes y reglamentaciones federales y estatales más estrictas.

Solamente para uso de Humana

¡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 de la piel, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, identidad de género o religión. La discriminación es contra la ley. Humana y sus subsidiarias cumplen con las leyes aplicables de derechos civiles federales.

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 **1-877-320-1235** 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 los Estados Unidos**, Oficina de Derechos Civiles, por medios electrónicos a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o por teléfono a **U.S. Department of Health and Human Services**, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **1-800-368-1019**, **800-537-7697 (TDD)**.

Los formularios de quejas están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos. 1-877-320-1235 (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.

Tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística.

1-877-320-1235 (TTY: 711)

Español (Spanish): Llame al número arriba indicado para recibir servicios gratuitos de asistencia lingüística.

繁體中文 (Chinese): 撥打上面的電話號碼即可獲得免費語言援助服務。

Tiếng Việt (Vietnamese): Xin gọi số điện thoại trên đây để nhận được các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí.

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

Tagalog (Tagalog – Filipino): Tawagan ang numero sa itaas upang makatanggap ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad.

Русский (Russian): Позвоните по номеру, указанному выше, чтобы получить бесплатные услуги перевода.

Kreyòl Ayisyen (French Creole): Rele nimewo ki pi wo la a, pou resevwa sèvis èd pou lang ki gratis.

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

Polski (Polish): Aby skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej, proszę zadzwonić pod wyżej podany numer.

Português (Portuguese): Ligue para o número acima indicado para receber serviços linguísticos, grátis.

Italiano (Italian): Chiamare il numero sopra per ricevere servizi di assistenza linguistica gratuiti.

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

日本語 (Japanese): 無料の言語支援サービスをご要望の場合は、上記の番号までお電話ください。

فارسی (Farsi)

برای دریافت تسهیلات زبانی بصورت رایگان با شماره فوق تماس بگیرید.

Diné Bizaad (Navajo): Wóda hí béesh bee hani'í bee wolta'ígíí bich'í' hódíílnih éí bee t'áá jiik'eh saad bee áká'ánida'áwo'déé nika'adoowó.

العربية (Arabic)

الرجاء الاتصال بالرقم المبين أعلاه للحصول على خدمات مجانية للمساعدة بلغتك

GCHJV5RSP 1018