

Autorización para divulgar la información de salud protegida (PHI, por su sigla en inglés)

Este formulario se utiliza para autorizar a Humana a comunicar la PHI a la persona u organización que se menciona a continuación.

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

ID del afiliado: _____ N.º de grupo (si corresponde): _____ N.º de teléfono: _____
 Casa Celular*

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

- Divulgación total:** Toda información de salud protegida que Humana y sus compañías afiliadas mantengan, incluidos registros de salud mental, VIH, estado médico o abuso de sustancias. Esto también incluye compartir información sobre las farmacias de envío por correo, los productos de bienestar y los programas de salud con la persona que está siendo autorizada.***
- Divulgación parcial:** Usted especifica qué PHI desea compartir. Por ej., información sobre la afección o el tratamiento, un rango de fechas concreto o un tipo de producto. Salvo que usted la limite por tipo de producto, la información se aplicará a todos los productos y servicios. _____

Si selecciona Divulgación Limitada, indique el(los) producto(s) que correspondan: Atención Médica y/o Medicamentos Recetados Visión Atención Dental RightSource (se convierte en Humana Pharmacy en junio de 2015) HumanaVitality

Esta información puede ser divulgada y utilizada por la siguiente persona u organización (como un hogar de ancianos o proveedor de atención médica) 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 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:

- Mi consentimiento vencerá en 24 meses, salvo que lo cancele antes de ese momento. Puedo cancelar mi consentimiento a través de la cuenta de MyHumana o enviando una notificación 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 misma la comparta con otros, y es posible que esta información no esté protegida por las reglamentaciones de privacidad federales.
- No estoy obligado a firmar este consentimiento, y Humana no puede basar sus decisiones sobre tratamiento o pagos en función de si firmo o no.

Firma del Afiliado o del Representante Legal _____ Fecha: ____ / ____ / ____
 Afiliado Representante Legal

Tenga presente que: Los representantes legales deben adjuntar copias de las autorizaciones según lo exige la ley. Los ejemplos incluyen un poder notarial para los servicios de salud, el nombramiento de un sustituto para la toma de decisiones relacionadas con servicios de salud, 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 su formulario completo 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 atención médica, dental, de farmacia, de salud mental, de la vista y atención a largo plazo

*** Incluye acceso a Internet cuando esté disponible

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