

# Consentimiento para la divulgación de *información protegida de salud*

## Información del afiliado (individuo cuya información se divulgará)

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Nombre Segundo nombre Apellido Mes Día Año

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado

No. de ID de afiliado: \_\_\_\_\_ # de plan grupal (si aplica): \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Entiendo que esta autorización permitirá a Humana el uso o divulgación de información protegida de salud,\* según lo descrito a continuación:

- Cualquier y toda información protegida de salud que Humana mantiene, incluidos los expedientes de salud mental, VIH y/o farmacodependencia - Tache cualquier elemento cuya divulgación usted no desee autorizar
- Información protegida de salud relacionada con el tratamiento de la siguiente afección o lesión: \_\_\_\_\_
- Otra (especifique e indique las fechas): \_\_\_\_\_

### **Nota: No se aplica a la información mantenida por RightSource Rx o almacenada en nuestra página Web.**

Esta información puede ser divulgada a los siguientes individuos u organizaciones, o usada por los mismos:

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Relación con el afiliado: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Relación con el afiliado: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Esta información se divulgará para que las personas nombradas aquí puedan ayudarme con mi plan de Humana.

Reconozco que tengo derecho a revocar esta autorización cuando así lo desee con sólo presentarla por escrito y enviarla así a Humana. Entiendo que la revocación no tendrá validez para la información que ya haya sido divulgada en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no tendrá validez para Humana cuando la ley estipule que Humana tiene derecho a objetar una reclamación bajo mi póliza. Excepto que sea revocada, esta autorización caducará en 24 meses.

Entiendo que no tengo obligación alguna de firmar esta autorización y que Humana no podrá condicionar mi tratamiento o pago dependiendo de mi firma de dicha autorización. Entiendo que una vez que la información se divulgue, puede ser divulgada a su vez por el destinatario y no es protegida por las disposiciones federales sobre la privacidad.

Firma del afiliado o su representante legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### **Nota: El representante legal debe incluir la documentación necesaria que le autoriza a firmar según la ley. Por ejemplo: poder de atención médica, de persona suplente para la atención médica, testamento en vida o tutela.**

Después de completar y firmar este documento, envíelo por fax al **1-678-808-3712**, o si prefiere, puede enviarlo por correo a la siguiente dirección: Humana Specialty Benefits, 100 Mansell Court E., Suite 400, Roswell, GA 30076

\* Información de salud incluye médica, dental y de farmacia  
Humana se apegará a las más estrictas leyes y regulaciones federales y estatales.

**HUMANA**  
Su consejero cuando más lo necesita