

Revocación de la autorización 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: _____
Primer nombre Segundo nombre Apellido Mes Día Año

Dirección: _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____

Número telefónico con código de área: _____

Id. del afiliado: _____ No. de plan grupal: _____

Yo **retiro** mi autorización a Humana para que use o divulgue la información de salud protegida que se describe a continuación:

Toda y cualquier 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 la información relacionada con los pedidos de farmacia de pedido por correo, productos de bienestar y programas de salud.

Información de salud protegida respecto del tratamiento de las siguientes afecciones o lesiones: _____

en o alrededor de _____

Información de salud protegida que cubre el periodo de tiempo _____ hasta _____

Otra. Especifique e incluya las fechas: _____

Esta información **ya no** se puede divulgar más, ni las pueden utilizar las siguientes personas u organizaciones:

Nombre: _____ Relación: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Comprendo que con este formulario, estoy revocando la autorización para los individuos que aparecen arriba. Comprendo que la revocación no será aplicable a información divulgada antes de que Humana reciba este formulario de revocación.

Firma del afiliado: _____ Fecha: _____

Firma del representante legal: _____ Fecha: _____

(solo si el afiliado no puede firmar)

Relación con el afiliado: _____

Tenga en cuenta que: Si usted es el representante legal del afiliado, debe adjuntar copias de su autorización para representar al afiliado de acuerdo con las leyes estatales (por ejemplo, poder notarial para asuntos relacionados con la atención de la salud, suplencia en asuntos relacionados con la atención de la salud, testamento en vida o documentos de tutela).

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 40512-4138.

Humana[®]

Humana.com



Solamente para uso de Humana

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

GCHHRCUSP 1016

La discriminación es contra la ley

Humana Inc. y sus subsidiarias cumplen con todas las leyes aplicables de derechos civiles federales y no discriminan por motivos de raza, color de la piel, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo. Humana Inc. ni sus subsidiarias no excluyen a nadie ni tratan a las personas de manera diferente por motivos de raza, color de la piel, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo.

Humana Inc. y sus subsidiarias proporcionan:

- Recursos y servicios auxiliares gratuitos, como por ejemplo intérpretes de lenguaje de signos acreditados, interpretación remota por video, e información escrita en otros formatos para personas con discapacidad cuando dichos recursos y servicios auxiliares sean necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades de participación.
- Servicios gratuitos de idiomas para personas cuyo idioma principal no es el inglés, cuando dichos servicios sean necesarios para proporcionar acceso útil, tales como documentos traducidos o interpretación oral.

Si necesita estos servicios, llame al número en su tarjeta de identificación o si utiliza un TTY, llame al 711.

Si usted cree que Humana Inc. y sus subsidiarias han fallado en proveer estos servicios o le han discriminado de otra forma por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal ante:

Discrimination Grievances
P.O. Box 14618
Lexington, KY 40512-4618

Si necesita ayuda para presentar una queja formal, llame al número en su tarjeta de identificación o 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, en: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o por teléfono al:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

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

English: ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call the number on your ID card (TTY: 711).

Español (Spanish): ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al número que figura en su tarjeta de identificación (TTY: 711).

繁體中文 (Chinese): 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電會員卡上的電話號碼 (TTY：711)。

Tiếng Việt (Vietnamese): CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số điện thoại ghi trên thẻ ID của quý vị (TTY: 711).

한국어 (Korean): 주의 : 한국어를 사용하시는 경우 , 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다 . ID 카드에 적혀 있는 번호로 전화해 주십시오 (TTY: 711).

Tagalog (Tagalog – Filipino): PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tawagan ang numero na nasa iyong ID card (TTY: 711).

Русский (Russian): ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Наберите номер, указанный на вашей карточке-удостоверении (телетайп: 711).

Kreyòl Ayisyen (French Creole): ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele nimewo ki sou kat idantite manm ou (TTY: 711).

Français (French): ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le numéro figurant sur votre carte de membre (ATS : 711).

Polski (Polish): UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Proszę zadzwonić pod numer podany na karcie identyfikacyjnej (TTY: 711).

Português (Portuguese): ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para o número presente em seu cartão de identificação (TTY: 711).

Italiano (Italian): ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero che appare sulla tessera identificativa (TTY: 711).

Deutsch (German): ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Wählen Sie die Nummer, die sich auf Ihrer Versicherungskarte befindet (TTY: 711).

日本語 (Japanese): 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。お手持ちの ID カードに記載されている電話番号までご連絡ください (TTY：711)。

فارسی (Farsi):

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با شماره تلفن روی کارت شناسایی تان تماس بگیرید (TTY: 711).

Diné Bizaad (Navajo): Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiiik'eh, éí ná hóló, námboo ninaaltsoos yézhí, bee nées ho'dółzin bikáá'ígíí bee hólne' (TTY: 711).

العربية (Arabic):

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم الهاتف الموجود على بطاقة الهوية الخاصة بك (رقم هاتف الصم والبكم: 711).