

Información del afiliado (individuo cuya información se divulgará)

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
(Primer nombre, segundo nombre, apellido) (Mes, día, año)

Dirección: _____ Ciudad Estado Código postal (zip)

Número telefónico (incluya código de área) _____

Plan de grupo #: _____ No. de afiliado: _____

Autorizo el uso o divulgación de información personal y médica* por parte de Humana, según lo descrito más abajo:

Cualquier y toda información personal y médica que Humana mantiene (incluidos los registros sobre salud mental, VIH y/o abuso de sustancias químicas - Tache cualquier elemento cuya divulgación usted no desea autorizar)

Información personal y médica relacionada con el tratamiento de la siguiente condición o lesión: _____
ocurrida en la fecha exacta o aproximada de _____

Información personal y médica comprendida en el período de _____ a _____

Otra (Por favor especificar e indicar fechas): _____

Nota: Este formulario de consentimiento permite compartir información personal y médica por vía telefónica con la persona que está siendo autorizada. No corresponde a la información almacenada en nuestra página web.

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

Nombre: _____ Relación con el afiliado: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal (zip): _____

Nombre: _____ Relación con el afiliado: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal (zip): _____

Nombre: _____ Relación con el afiliado: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal (zip): _____

Esta información se divulgará para los siguientes propósitos: _____

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización cuando así lo desee. Entiendo que para revocar esta autorización, tengo que hacerlo por escrito y enviar mi revocación escrita 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 de conformidad con mi póliza. Excepto que sea revocada, esta autorización caducará en 365 días.

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 sea divulgada de conformidad con esta autorización, puede ser divulgada a su vez por el destinatario y probablemente la información no quede protegida por las disposiciones federales sobre la privacidad.

Firma del afiliado: _____ Fecha: _____

Firma del representante legal

sólo si el afiliado no está en capacidad de firmar**: _____ Fecha: _____

Si la firma es del representante legal, indique la relación con el afiliado: _____

****Si la firma es del representante legal, las leyes estatales estipulan que debe presentarse algún documento que avale dicha representación, por ejemplo: poder general con fines de atención médica, designación de agente sustituto de asistencia médica, testamento en vida o documento de tutela.**