

# Consent for Release of Medical Information

Patient Name: \_\_\_\_\_ SS #: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Birth Date: \_\_\_\_\_ Telephone Number: \_\_\_\_\_

I authorize \_\_\_\_\_

to release copies of my medical records to: \_\_\_\_\_

A. I authorize release of information for: (refer to Sections C and D)

\_\_\_\_\_ Medical Care (physician, etc.) \_\_\_\_\_ Personal Use

\_\_\_\_\_ Other: \_\_\_\_\_ (Attorney, Insurance, Employer, etc.)

B. I am transferring from medical office # \_\_\_\_\_ to # \_\_\_\_\_ (refer to Sections C and D)

C. I authorize release of my (refer to Section D, if applicable)

\_\_\_\_\_ Entire medical record

- OR -

\_\_\_\_\_ Medical records for the specific treatment dates from \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_

D. I authorize release of the following portions of my medical record: (Write your initials beside each area to be included in release)

\_\_\_\_\_ Mental Health

\_\_\_\_\_ Substance Abuse

\_\_\_\_\_ HIV/AIDS

\_\_\_\_\_ Communicable Disease

I understand that this authorization shall be in effect for 180 days following the date of signature. However, I understand that this authorization may be revoked at any time by giving oral or written notice to the medical office. A photocopy of this authorization shall constitute a valid authorization. I understand that once my records have been released, the medical office cannot retrieve them and has no control over the use of the already released copies.

I hereby release Humana Inc., its subsidiaries and affiliates, and my medical office from any and all liability which may arise as a result of my authorized release of these records.

Should my case require review by a governing agency or another medical professional actively involved in my care to make a final determination, it is with my consent that a copy of these records will be submitted to the agency or medical professional for his review.

Patient (or legal representative) \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Relationship to Patient

\_\_\_\_\_  
Witness

**Humana**  
Healthy Horizons™  
in Florida

**ENGLISH:** This information is available for free in other languages and formats. Please contact our Customer Service number at 1-800-477-6931. If you use TTY, call 711, Monday – Friday, 8 a.m. to 8 p.m. **SPANISH:** Esta información está disponible gratuitamente en otros idiomas y formatos. Comuníquese con nuestro Servicio al Cliente llamando al 1-800-477-6931. Si usa un TTY, marque 711. El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. **CREOLE:** Enfòmasyon sa a disponib gratis nan lòt lang ak fòm. Tanpri kontakte nimewo Sèvis Kliyan nou an nan 1-800-477-6931. Si ou itilize TTY, rele 711, Lendi - Vandredi, 8 a.m. a 8 p.m. **FRENCH:** Ces informations sont disponibles gratuitement dans d'autre langues et formats. N'hésitez pas à contacter notre service client au 1-800-477-6931. Si vous utilisez un appareil de télétype (TTY), appelez le 711 du lundi au vendredi, de 8h00 à 20h00. **ITALIAN:** Queste informazioni sono disponibili gratuitamente in altre lingue e formati. La preghiamo di contattare il servizio clienti al numero 1-800-477-6931. Se utilizza una telescrivente (TTY), chiami il numero 711 dal lunedì al venerdì tra le 8 e le 20:00. **RUSSIAN:** Данную информацию можно получить бесплатно на других языках и в форматах. Для этого обратитесь в отдел обслуживания клиентов по номеру 1-800-477-6931. Если Вы пользователь ТТУ, звоните по номеру 711 с понедельника по пятницу, с 8.00 до 20.00.

#### **Discrimination is Against the Law.**

Humana Inc. and its subsidiaries comply with applicable Federal civil rights laws and do not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Humana Inc. and its subsidiaries do not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Humana Inc. and its subsidiaries:

- Provide free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
  - Qualified sign language interpreters
  - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provide free language services to people whose primary language is not English, such as:
  - Qualified interpreters
  - Information written in other languages

If you need these services, contact Customer Service at **1-800-477-6931 [TTY 711]**. If you believe that Humana Inc. or its subsidiaries have failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with:

**Discrimination Grievances.** P.O. Box 14618 Lexington, KY 40512 – 4618 **1-800-477-6931** or if you use a TTY, call **711**. You can file a grievance by mail or phone. If you need help filing a grievance, Customer Service is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the **U.S. Department of Health and Human Services**, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at: **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)**.

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

# Multi-Language Interpreter Services

**English:** ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-477-6931 (TTY : 711) .

**Español (Spanish):** ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-477-6931 (TTY : 711).

**Kreyòl Ayisyen (French Creole):** ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-477-6931 (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 1-800-477-6931 (TTY : 711).

**Português (Portuguese):** ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-800-477-6931 (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 1-800-477-6931 (TTY : 711)。

**Français (French):** ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-477-6931(ATS : 711).

**Tagalog (Tagalog – Filipino):** PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-477-6931(TTY : 711).

**Русский (Russian):** ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-477-6931(телетайп: 711).

**العربية (Arabic):**

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-477-6931 (رقم هاتف الصم والبك: 711).

**Italiano (Italian):** ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-477-6931(TTY: 711).

**Deutsch (German):** ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-477-6931(TTY: 711).

**한국어 (Korean):** 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-477-6931(TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

**Polski (Polish):** UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-477-6931(TTY: 711).

**ગુજરાતી (Gujarati):** સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-800-477-6931 (TTY: 711).

**ภาษาไทย (Thai):** เรียงน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-800-477-6931 (TTY: 711).

**Diné Bizaad (Navajo):** Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yánílti'go **Diné Bizaad**, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, koji' hódíílnih 1-800-477-6931(TTY: 711).

# Consentimiento para la Divulgación de Información Médica

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Seguro Social #: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Autorizo a \_\_\_\_\_

para que entregue copias de mis registros médicos a: \_\_\_\_\_

A. Autorizo la divulgación de información para: (consulte las secciones C y D)

Atención médica (médico, etc.)  Uso personal

Otro: \_\_\_\_\_ (abogado, aseguradora, empleador, etc.)

B. Me estoy trasladando del consultorio médico # \_\_\_\_\_ al # \_\_\_\_\_ (consulte las secciones C y D)

C. Autorizo la divulgación de (consulte la Sección D, si corresponde)

Todo mi expediente médico

- O BIEN -

Mis expedientes médicos relacionados con un periodo de tratamiento específico,

del \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

D. Autorizo la divulgación de las siguientes partes de mi expediente médico: (Escriba sus iniciales al lado de cada área que se vaya a divulgar)

Salud mental

Abuso de sustancias

VIH/SIDA

Enfermedades transmisibles

Entiendo que esta autorización estará vigente durante 180 días a partir de la fecha de la firma. No obstante, entiendo que esta autorización puede anularse en cualquier momento mediante notificación verbal o escrita al consultorio médico. Una fotocopia de esta autorización constituirá una autorización válida. Entiendo que una vez que mis expedientes hayan sido divulgados, el consultorio médico no podrá recuperarlos y no tendrá control sobre el uso de las copias ya divulgadas.

Por medio de la presente, eximo a Humana Inc., a sus subsidiarias y empresas afiliadas, y a mi consultorio médico de toda responsabilidad que pueda surgir como resultado de la divulgación por mí autorizada de estos expedientes.

Si mi caso llegara a requerir una revisión por parte de una agencia gubernamental u otro profesional médico que participe activamente en mi atención para tomar una determinación final, será con mi consentimiento que se entregará una copia de estos expedientes a la agencia o profesional médico para la revisión en cuestión.

Paciente (o representante legal) \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_

**Humana**  
Healthy Horizons™  
in Florida



**ENGLISH:** This information is available for free in other languages and formats. Please contact our Customer Service number at 1-800-477-6931. If you use TTY, call 711, Monday – Friday, 8 a.m. to 8 p.m. **SPANISH:** Esta información está disponible gratuitamente en otros idiomas y formatos. Comuníquese con nuestro Servicio al Cliente llamando al 1-800-477-6931. Si usa un TTY, marque 711. El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. **CREOLE:** Enfòmasyon sa a disponib gratis nan lòt lang ak fòm. Tanpri kontakte nimewo Sèvis Kliyan nou an nan 1-800-477-6931. Si ou itilize TTY, rele 711, Lendi - Vandredi, 8 a.m. a 8 p.m. **FRENCH:** Ces informations sont disponibles gratuitement dans d'autre langues et formats. N'hésitez pas à contacter notre service client au 1-800-477-6931. Si vous utilisez un appareil de télétype (TTY), appelez le 711 du lundi au vendredi, de 8h00 à 20h00. **ITALIAN:** Queste informazioni sono disponibili gratuitamente in altre lingue e formati. La preghiamo di contattare il servizio clienti al numero 1-800-477-6931. Se utilizza una telescrivente (TTY), chiami il numero 711 dal lunedì al venerdì tra le 8 e le 20:00. **RUSSIAN:** Данную информацию можно получить бесплатно на других языках и в форматах. Для этого обратитесь в отдел обслуживания клиентов по номеру 1-800-477-6931. Если Вы пользователь ТТУ, звоните по номеру 711 с понедельника по пятницу, с 8.00 до 20.00.

#### **La discriminación es contra la ley**

Humana Inc. y sus subsidiarias cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Humana Inc. and its subsidiaries no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Humana Inc. y sus subsidiarias:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes: -Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
  - Intérpretes capacitados.
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con Servicio al Cliente al **1-800-477-6931 [TTY 711]**. Si considera que Humana Inc. o sus subsidiarias no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a: **Discrimination Grievances**. P.O. Box 14618 Lexington, KY 40512 – 4618 **1-800-477-6931** o si usa un **TTY**, llame al **711**. Puede presentar el reclamo por correo o por teléfono. Si necesita ayuda para hacerlo, Servicio al Cliente está a su disposición para brindársela. También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del **Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU.** de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

**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)**. Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

# Multi-Language Interpreter Services

**English:** ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-477-6931 (TTY : 711) .

**Español (Spanish):** ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-477-6931 (TTY : 711).

**Kreyòl Ayisyen (French Creole):** ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-477-6931 (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 1-800-477-6931 (TTY : 711).

**Português (Portuguese):** ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-800-477-6931 (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 1-800-477-6931 (TTY : 711)。

**Français (French):** ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-477-6931(ATS : 711).

**Tagalog (Tagalog – Filipino):** PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-477-6931(TTY : 711).

**Русский (Russian):** ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-477-6931(телетайп: 711).

**العربية (Arabic):**

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-477-6931 (رقم هاتف الصم والبك: 711).

**Italiano (Italian):** ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-477-6931(TTY: 711).

**Deutsch (German):** ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-477-6931(TTY: 711).

**한국어 (Korean):** 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-477-6931(TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

**Polski (Polish):** UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-477-6931(TTY: 711).

**ગુજરાતી (Gujarati):** સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-800-477-6931 (TTY: 711).

**ภาษาไทย (Thai):** เรียงน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-800-477-6931 (TTY: 711).

**Diné Bizaad (Navajo):** Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yánílti'go **Diné Bizaad**, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, koji' hódíílnih 1-800-477-6931(TTY: 711).