

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 **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 **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 fòma. Tanpri kontakte nimewo Sèvis Kliyan nou an nan **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'autres langues et formats. N'hésitez pas à contacter notre service client au **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 **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 **800-477-6931**. Если Вы пользователь **TTY**, звоните по номеру **711** с понедельника по пятницу, с 8.00 до 20.00.

Call If You Need Us

If you have questions or need help reading or understanding this document, call us at **800-477-6931 (TTY: 711)**. We are available Monday through Friday, from 8 a.m. to 8 p.m. Eastern time. We can help you at no cost to you. We can explain the document in English or in your first language. We can also help you if you need help seeing or hearing. Please refer to your Member Handbook regarding your rights.

Important!

At Humana, it is important you are treated fairly.

Humana Inc. and its subsidiaries do not discriminate or exclude people because of their race, color, national origin, age, disability, sex, sexual orientation, gender, gender identity, ancestry, ethnicity, marital status, religion, or language. Discrimination is against the law. Humana and its subsidiaries comply with applicable Federal Civil Rights laws. If you believe that you have been discriminated against by Humana or its subsidiaries, there are ways to get help.

- You may file a complaint, also known as a grievance:
Discrimination Grievances, P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618
If you need help filing a grievance, call **800-477-6931** or if you use a **TTY**, call **711**.
- You can also file a civil rights complaint with the
U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights
electronically through their Complaint Portal, available at
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or at **U.S. Department of Health and Human Services**, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)**. Complaint forms are available at <https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Auxiliary aids and services, free of charge, are available to you. **800-477-6931 (TTY: 711)**

Humana provides free auxiliary aids and services, such as qualified sign language interpreters, video remote interpretation, and written information in other formats to people with disabilities when such auxiliary aids and services are necessary to ensure an equal opportunity to participate.

Humana Healthy Horizons in Florida is a Medicaid product of Humana Medical Plan, Inc.

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

Español: (Spanish) ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **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 **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 **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 **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 **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 fòma. Tanpri kontakte nimewo Sèvis Kliyan nou an nan **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'autres langues et formats. N'hésitez pas à contacter notre service client au **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 **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 **800-477-6931**. Если Вы пользователь **TTY**, звоните по номеру **711** с понедельника по пятницу, с 8.00 до 20.00.

Llame si nos necesita

Si tiene alguna pregunta, dificultades para leer o entender este documento, llámenos al **800-477-6931 (TTY: 711)**. Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. Podemos ayudarlo sin costo alguno para usted. Podemos explicarle el documento en inglés o en su primer idioma. También podemos ayudarlo si necesita ayuda de la vista o de audición. Consulte su Manual del afiliado en relación a sus derechos.

¡Importante!

En Humana, es importante que usted reciba un trato justo.

Humana Inc. y sus subsidiarias no discriminan ni excluyen a las personas por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, género, identidad de género, ascendencia, origen étnico, estado civil, religión, o idioma. La discriminación va en contra de la ley. Humana y sus subsidiarias cumplen con las leyes de derechos civiles federales aplicables. Si usted cree que Humana o sus subsidiarias le han discriminado, hay formas de obtener ayuda.

- Puede presentar una queja, también conocida como queja formal a:
Discrimination Grievances, P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618
Si necesita ayuda para presentar una queja formal, llame al **800-477-6931** 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 EE. UU., la Oficina de Derechos Civiles**, por medios electrónicos a través del portal de quejas disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o al **U.S. Department of Health and Human Services**, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **e800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)**. Los formularios de quejas están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos. **800-477-6931 (TTY: 711)**

Humana provee recursos y servicios auxiliares gratuitos como, por ejemplo, intérpretes acreditados de lenguaje de señas, interpretación remota por video e información escrita en otros formatos para personas con discapacidades cuando dichos recursos y servicios auxiliares sean necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades de participación.

Humana Healthy Horizons in Florida es un producto de Medicaid de Humana Medical Plan Inc.

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

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