

Autorización para usar y dar a conocer la información de salud



Aviso al (a la) afiliado(a):

- Al llenar este formulario, usted autoriza a Home State Health a (i) que use su información de salud para un fin en particular, y/o (ii) a que la comparta con la persona o entidad que usted identifique en este formulario.
- No tiene que dar su permiso para usar o compartir su información de salud. Sus servicios y beneficios con Home State Health no cambiarán si no presenta este formulario.
- Si desea cancelar este formulario de autorización, envíenos por escrito una solicitud para revocarlo a la dirección que aparece al final de esta página. Servicios para los afiliados puede proporcionarle un formulario de revocación si llama al número telefónico que se encuentra en la parte trasera de su tarjeta de identificación de afiliado(a).
- Home State Health no puede prometer que la persona o el grupo con el que nos permita compartir su información de salud no la dará a conocer a alguien más.
- Conserve una copia de todos los formularios llenos que nos envíe. Si los necesita, podemos enviarle copias.
- Si necesita ayuda, comuníquese con Servicios para los afiliados al número telefónico que aparece en la parte trasera de su tarjeta de identificación de afiliación.
- Llene toda la información en este formulario. Al terminar, envíe el formulario y todos los documentos de apoyo a

Home State Health Plan

ATTN: Compliance Department

7711 Carondelet Avenue

St. Louis, MO 63105

Teléfono: 1-855-694-4663 (Personas con discapacidad auditiva TTY: 711)

POR FAVOR, LEA LAS INSTRUCCIONES DETENIDAMENTE Y LLENE EL FORMULARIO SIGUIENTE. LOS FORMULARIOS INCOMPLETOS NO PUEDEN ACEPTARSE.

1 INFORMACIÓN DEL (DE LA) AFILIADO(A):

Nombre del (de la) afiliado(a) (*escriba con letra de molde*): _____

Fecha de nacimiento del (de la) afiliado(a): _____

Número de identificación del (de la) afiliado(a): _____

2 DOY A HOME STATE HEALTH MI PERMISO PARA QUE USE MI INFORMACIÓN DE SALUD PARA LOS PROPÓSITOS IDENTIFICADOS O PARA QUE COMPARTA MI INFORMACIÓN DE SALUD A LA PERSONA O EL GRUPO NOMBRADO ABAJO. EL PROPÓSITO DE LA AUTORIZACIÓN ES (*marque una de las opciones siguientes*):

- ☐ permitir a Home State Health que me ayude con mis beneficios y servicios, **O**
☐ permitir a Home State Health que use o comparta mi información de salud para

3 PERSONA O GRUPO QUE RECIBIRÁ LA INFORMACIÓN (*añada más Personas o Grupos en la página siguiente*):

Nombre (persona o grupo): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: (____) ____ - ____

4 AUTORIZO A HOME STATE HEALTH A QUE USE O COMPARTA LA INFORMACIÓN DE SALUD SIGUIENTE (*NOTA: Seleccione la primera oración para permitir divulgar TODA la información de salud o seleccione la oración de abajo para permitir divulgar solamente ALGUNA de la información de salud. NO PUEDEN seleccionarse ambas.*)

☐ **Toda mi información de salud, QUE INCLUYE:** Información, servicios o resultados de pruebas de genética; registros y datos de VIH/SIDA; registros y datos de salud mental (pero no las notas de psicoterapia); registros y datos de fármacos/medicamentos de venta con receta; y registros y datos de drogas y alcohol (por favor, especifique cualquier información de trastornos de consumo de sustancias que pueda darse a conocer); **O**

☐ **Toda mi información de salud, EXCEPTO (*marque solamente los recuadros siguientes que sean relevantes*):**

- ☐ Información, servicios o pruebas de genética
☐ Información y registros del VIH/SIDA
☐ Información y registros sobre el alcoholismo y la drogadicción
☐ Información y registros de salud mental (pero no las notas de psicoterapia)
☐ Información y registros de fármacos/medicamentos de venta con receta
☐ Otra: _____

5 ESTA AUTORIZACIÓN TERMINA EN ESTA FECHA/EVENTO: _____

Fecha en que la autorización termina, a menos que se cancele. Si este campo se deja en blanco, la autorización vencerá en un año a partir de la fecha en que se firme este documento, abajo.

6 FIRMA DEL (DE LA) AFILIADO(A) O SU REPRESENTANTE LEGAL: _____

FECHA: _____

SI ES REPRESENTANTE LEGAL – Relación con el (la) afiliado(a): _____

*Si es usted el (la) representante personal o legal del (de la) afiliado(a), **debe enviarnos copias de los formularios correspondientes**, como poder legal u orden de tutoría.*

ENVÍE EL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN LLENO Y TODO DOCUMENTO DE APOYO
A Home State Health Plan, ATTN: Compliance Department
7711 Carondelet Avenue, St. Louis, MO 63105

INDIVIDUO(S) O GRUPO(S) ADICIONAL(ES) QUE RECIBIRÁ(N) LA INFORMACIÓN:

NOTA: Si está autorizando el que se dé a conocer todo registro sobre el trastorno de consumo de sustancias a un receptor que no es ni un pagador tercero ni un proveedor, centro o programa de atención de la salud del que recibe servicios de un proveedor tratante, como por ejemplo de un intercambio de seguros de salud o una institución de investigación (en lo sucesivo llamada "la entidad receptora"), debe especificar el nombre de la persona o entidad de la que recibe los servicios de un proveedor tratante en esa entidad receptora, o sencillamente declare que sus registros del trastorno de consumo de sustancias pueden darse a conocer a sus proveedores tratantes, actuales y futuros, de esa entidad receptora.

Nombre (persona o entidad):

Dirección:

Ciudad: Estado: Código postal: Teléfono: () -

Nombre (persona o entidad):

Dirección:

Ciudad: Estado: Código postal: Teléfono: () -

Nombre (persona o entidad):

Dirección:

Ciudad: Estado: Código postal: Teléfono: () -

Nombre (persona o entidad):

Dirección:

Ciudad: Estado: Código postal: Teléfono: () -

Nombre (persona o entidad):

Dirección:

Ciudad: Estado: Código postal: Teléfono: () -

Nombre (persona o entidad):

Dirección:

Ciudad: Estado: Código postal: Teléfono: () -

Nombre (persona o entidad):

Dirección:

Ciudad: Estado: Código postal: Teléfono: () -

Nombre (persona o entidad):

Dirección:

Ciudad: Estado: Código postal: Teléfono: () -



home state health.

Show Me Healthy Kids

MANAGED BY HOME STATE HEALTH

Home State Health: 1-855-694-4663 (TTY 711)

Show Me Healthy Kids: 1-877-236-1020 (TTY 711)

ENGLISH: Language assistance services, auxiliary aids and services, larger font, oral translation, and other alternative formats are available to you at no cost. To obtain this, please call one of the toll-free numbers above.

SPANISH: Tiene disponible sin costo servicios de asistencia lingüística, ayudas y servicios auxiliares, documentos en letra grande, traducción oral y otros formatos alternativos. Para obtenerlos, llame a una de las líneas gratuitas indicadas arriba.

CHINESE: 免费为您提供语言协助服务、辅助工具及服务、大字体版本、口译服务以及其他替代形式。若需获取这些服务，请拨打上述任意免费电话号码。

VIETNAMESE: Các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ, phương tiện và dịch vụ hỗ trợ bổ sung, phông chữ lớn hơn, phiên dịch trực tiếp, và các hình thức hỗ trợ thay thế khác được cung cấp miễn phí cho quý vị. Để nhận dịch vụ này, vui lòng gọi đến một trong các số miễn cước bên trên.

SERBO-CROATIAN: Usluge jezičke pomoći, dodatna pomagala i usluge, veći font, usmeno prevođenje i drugi alternativni formati dostupni su vam besplatno. Da biste to dobili, pozovite jedan od gore navedenih besplatnih brojeva telefona.

GERMAN: Sprachassistenzdienste, Hilfsmittel und -dienste, größere Schrift, mündliche Übersetzung und andere alternative Formate stehen Ihnen kostenlos zur Verfügung. Zur Nutzung der vorgenannten Hilfen rufen Sie bitte eine der oben genannten gebührenfreien Nummern an.

ARABIC: خدمات المساعدة اللغوية، والمساعدات والخدمات الإضافية، والخطوط الأكبر، والترجمة الشفهية، وغيرها من الصيغ البديلة متوفرة لك مجاناً. للحصول على هذه الخدمات، يرجى الاتصال بأحد الأرقام المجانية المذكورة أعلاه.

KOREAN: 언어 지원 서비스, 보조 도구 및 서비스, 큰 활자, 통역 및 기타 대체 형식을 무료로 이용할 수 있습니다. 이 서비스를 받으려면 위의 무료 전화번호 중에서 하나를 선택하여 전화하십시오.

RUSSIAN: Услуги языковой поддержки, вспомогательные средства и услуги, крупный шрифт, устный перевод и другие альтернативные форматы

Home State Health: 1-855-694-4663 (TTY 711)
Show Me Healthy Kids: 1-877-236-1020 (TTY 711)

доступны вам бесплатно. Чтобы воспользоваться ими, позвоните на один из указанных выше бесплатных номеров.

FRENCH: Des services d'assistance linguistique, des aides et services auxiliaires, des polices plus grandes, des traductions orales et d'autres formats alternatifs sont à votre disposition gratuitement. Pour les obtenir, veuillez appeler l'un des numéros gratuits ci-dessus.

TAGALOG: Available sa iyo nang walang gastos ang mga serbisyong tulong sa wika, dagdag na tulong at mga serbisyo, mas malaking letra, oral na pagsasalin, at iba pang mga alternatibong format. Para makuha ito, pakitawagan ang isa sa mga libreng numero sa itaas.

PENNSYLVANIAN DUTCH: Sproochhielfsdienst, hilfsgreje und dienscht, grössere Schrift, mündliche Übersetzung, un ander alternativ Formate sin für euch ohne Kost verfügung. Ruft bitte eppes von die gebührenfreien Nummern oben an für das.

PERSIAN: خدمات کمک زبانی، لوازم و خدمات کمکی، فونت درشت، ترجمه شفاهی و سایر قالب‌های جایگزین بدون هزینه در دسترس شماست. برای دریافت آن، لطفاً با یکی از شماره‌های رایگان بالا تماس بگیرید.

CUSHITE: Tajaajilootni deeggarsa afaanii, gargaarsawwan fi tajaajiloonni addaa, barreeffamoota gurguddaa, hiikkaa kan afaanii fi malootni biroon kaffaltii tokko malee siif ni jiraatu. Kana argachuuf maaloo lakkoofsa bilbila bilisaa armaan olii keessaa tokkotti bilbilaa.

PORTUGUESE: Serviços de assistência linguística, auxílios e serviços auxiliares, fontes maiores, tradução oral e outros formatos alternativos disponíveis para você sem nenhum custo. Para obter isso, ligue para um dos números gratuitos acima.

AMHARIC: ያለ ምንም ወጪ የቋንቋ ድጋፍ አገልግሎቶች፣ ለአካል ጉዳተኞች አጋዥ መሳሪያዎች እና አገልግሎቶች፣ ትልልቅ ቅርጽ-ቁምፊዎች፣ የቃል ትርጉም እና ሌሎች አማራጭ ቅርጾችን ማግኘት ይችላሉ። ይህንን ለማግኘት፣ እባክዎ ከላይ ከተዘረዘሩት ነጻ የስልክ ቁጥሮች ወደ አንዱ ይደውሉ።