

Fill out completely to prevent delay	Submit form: Fax: (630) 236-4380 Mail: UNITE HERE HEALTH 711 N. Commons Drive, Aurora, IL 60504	For help, call: The UHH/member number on the back of your medical ID card Or, if you have Kaiser medical, call: • (855) 321-4373 (D.C./Baltimore area) or • (855) 484-8480 (LA/OC area)
---	---	--

Check one: I am the employee (*I get insurance coverage through my job*)
 I am a dependent (*I am in the employee's family and he/she provides my coverage*)

1: Employee Information

Last Name	First Name	Middle Initial	Date of Birth (mm/dd/yy)	SS # or Member ID #	Phone
Street		Apt #	City	State	Zip

2: Dependent Information

Full Name	Relationship to Employee	Date of Birth	Age	Phone
Street		Apt #	City	State
				Zip

What is the purpose of this authorization? (*check one*):

At my request For a different purpose _____

I want UNITE HERE HEALTH to discuss and/or release my health information to the following person or organization:

Person/organization _____ Phone number _____
 Relationship to me (*my sister, doctor, lawyer, etc.*): _____

I want UNITE HERE HEALTH to release the following information to the person named above (*check all that apply*):

ANY and ALL information Explanation of Benefits Eligibility Enrollment
 Appeal Other _____

I want this authorization to expire (*check one*):

Not until I revoke On this date (*please specify*): _____
 When the following event occurs _____

If I don't check a box, this authorization will expire in one year.

I, _____, authorize the use or disclosure of my health information as described above. I have read and understand the contents of this form. I understand that UNITE HERE HEALTH cannot control information after it is released. I understand that this request may include any reports, correspondence, test results, diagnosis, or medical procedures. I understand that I can revoke (cancel) this Authorization at any time by notifying UNITE HERE HEALTH's Privacy Officer in writing, but revoking will not affect information already released. If I revoke this Authorization, additional information will not be released, except where permitted or required by law. I am signing this form voluntarily. Signing this form does not change my ability to obtain treatment, payment, enrollment or eligibility for benefits with UNITE HERE HEALTH. **By signing and dating this form, I am allowing UNITE HERE HEALTH to share my health information with the person or organization named above.**

3: REQUIRED Signature and Date

Signature of the person authorizing release of health information		Date		
Print Name	Relationship to Employee	State	Zip	
For Office Use Only	Date Received	Received By	Copy Mailed On	Copy Given to Patient On

Llene completamente para evitar retrasos	Enviar el formulario: Fax: (630) 236-4380 Por Correo: UNITE HERE HEALTH 711 N. Commons Drive, Aurora, IL 60504	Para obtener ayuda, llame al: El número de membresía/de UHH en la parte posterior de su tarjeta de identificación médica O, si tiene cobertura médica de Kaiser, llame a: <ul style="list-style-type: none"> ● Si usted vive en el área de D.C./Baltimore: (855) 321-4373 ● Si usted vive en el área de LA/OC: (855) 484-8480
---	--	--

Marque uno: Soy el empleado (*tengo cobertura de seguro a través de mi trabajo*)
 Soy un dependiente (*soy familiar del empleado y él/ella provee mi cobertura*)

1: Información del Empleado					
Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)	#55 o # de ID de Miembro	Teléfono
Calle	Apto. #	Ciudad	Estado	Código Postal	

2: Información del Dependiente					
Nombre completo	Relación con el Empleado	Fecha de nacimiento	Edad	Teléfono	
Calle	Apto. #	Ciudad	Estado	Código Postal	

¿Cuál es el propósito de esta autorización? (*marque uno*):

- A solicitud mía Para un propósito diferente _____

Quiero que UNITE HERE HEALTH discuta y/o renuncie mi información de salud a la persona u organización:

Persona/organización _____ Número de teléfono _____

Relación conmigo (*mi hermana, médico, abogado, etc.*): _____

Deseo que UNITE HERE HEALTH comparta la siguiente información a la persona mencionada anteriormente (*marque todos los que correspondan*):

- CUALQUIER y TODA la información Explicación de Beneficios Elegibilidad Inscripción
 Apelación Otro _____

Deseo que expire esta autorización (*marque uno*):

- Hasta que yo la revoque En esta fecha (*especifique*): _____

Cuando suceda el siguiente evento _____

Si yo no marco una casilla, esta autorización expirará en un año.

Yo, _____, autorizo el uso o divulgación de mi información de salud como se describe anteriormente. He leído y comprendo el contenido de este formulario. Yo comprendo que UNITE HERE HEALTH no puede controlar la información después de ser compartida. Yo comprendo que esta solicitud puede incluir cualquier informe, correspondencia, resultados de pruebas, diagnósticos o procedimientos médicos. Yo comprendo que puedo revocar (cancelar) esta Autorización en cualquier momento al notificar por escrito al Oficial de Privacidad de UNITE HERE HEALTH, pero la revocación no afectará la información ya compartida. Si yo revoco esta Autorización, no se compartirá información adicional, excepto cuando la ley lo permita o lo requiera. Estoy firmando este formulario voluntariamente. Firmar este formulario no cambia mi capacidad para obtener tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios con UNITE HERE HEALTH. **Al firmar y fechar este formulario, estoy permitiendo que UNITE HERE HEALTH comparta mi información de salud con la persona u organización mencionada anteriormente.**

3: Firma y Fecha REQUERIDAS				
Firma de la persona que autoriza que se comparta la información de salud		Fecha		
Escriba su nombre en letra de molde	Relación con el Empleado	Estado	Código Postal	
Únicamente para uso de Oficina	Fecha Recibido	Recibido Por	Copia Enviada por Correo En	Copia Entregada al Paciente En