



# Authorization for Release of Protected Health Information

Fill out **completely** to prevent delay

### For help, call:

### Submit form:

Fax: (630) 236-4380

Mail: UNITE HERE HEALTH

711 N. Commons Drive, Aurora, IL 60504

The UHH/member number on the back of your medical ID card OR if you have Kaiser or Tufts Health Plan medical, call UHH at:

- (833) 637-3519 (DC/Baltimore area)
- (844) 267-4325 (Boston)
- (855) 484-8480 (LA/OC area)
- (844) 639-8657 (Colorado)

- 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 or  my dependent's 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     Itemization of Lien

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 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 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. If I do not sign this Authorization, my ability to obtain treatment, payment, enrollment, or eligibility for benefits with UNITE HERE HEALTH does not change. ***By signing and dating this form, I am allowing UNITE HERE HEALTH to share my/my dependent's 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
<b>For Office Use Only</b>	Date Received	Received By	Copy Mailed On
			Copy Given to Patient On

Llene **completamente** para evitar retrasos

**Para obtener ayuda, llame al:**

**Enviar el formulario:**

**Fax:** (630) 236-4380  
**Por Correo:** UNITE HERE HEALTH  
 711 N. Commons Drive, Aurora, IL 60504

El número de membresía/de UHH en la parte posterior de su tarjeta de identificación médica O, si tiene cobertura médica de Kaiser o Tufts Health Plan medical, llame a UHH al:

- (833) 637-3519 (área de D.C./Baltimore)
- (844) 267-4325 (Boston)
- (855) 484-8480 (área de LA/OC)
- (844) 639-8657 (Colorado)

- 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)	#SS 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 divulgue la información médica sobre mí  o la de mi dependiente  a la siguiente 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  Desglose del Gravamen  
 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. Si no firmo esta Autorización, mi capacidad de obtener tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para los beneficios con UNITE HERE HEALTH no cambia. **Al firmar y fechar este formulario, permito que UNITE HERE HEALTH comparta mi información de salud/la de mi dependiente 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/ For Office Use Only	Date Received	Received By	Copy Mailed On	Copy Given to Patient On