



Restriction Request Form

For Use and Disclosure of Protected Health Information (PHI)

Complete and mail this form to:

Privacy Officer
UNITE HERE HEALTH
P.O. Box 6020,
Aurora, Illinois 60598-0020
(866) 711-4373

Participant Name _____

Participant SS# _____

Requested Restrictions

Patient Information – This is the person for whom Protected Health Information is to be restricted

Patient's Name _____ Date of Birth (month-day-year) _____ SS# _____ Relationship to Participant _____

Street _____ City _____ State _____ Zip _____ Telephone (____) _____

In completing this form, you are requesting the following restrictions be considered as limitations to UNITE HERE HEALTH's use and disclosure of your health information. If your request is approved, we are bound by the terms of the agreement, until such time as the restriction may be terminated, either by you or UNITE HERE HEALTH. You will be notified in writing of UNITE HERE HEALTH's decision to accept or deny your restriction request. Until a decision is reached, your request for restriction will not be effective.

Do not release information regarding:

- Any medical diagnosis/treatment
- A specific diagnosis – state diagnosis here: _____
- Treatment between these dates: _____ and _____
- Other – explain: _____

Do not release information to:

- Name of the person you do not want to have access: _____
Relationship: _____
- Anyone other than myself

Reason request is being made: _____

Signature of Patient (parent or guardian if the patient is a minor) or Personal Representative _____ Date _____

Printed Name _____ Phone Number Where We May Contact You (____) _____

Relationship to Patient _____

For UNITE HERE HEALTH Use Only

<input type="checkbox"/> Accepted	<input type="checkbox"/> Denied
Privacy Officer Signature: _____	Date: _____
Dept. Manager Signature: _____	Date: _____



Formulario para solicitar restricciones al uso o divulgación de Información de Salud Protegida (PHI)

Completar y enviar por correo a:

Privacy Officer
UNITE HERE HEALTH
P.O. Box 6020
Aurora, Illinois 60598-0020
(866) 711-4373

Nombre del Participante _____

Nº de Seguro Social del Participante _____

Restricciones solicitadas

Información del Paciente – La persona de la cual la Información de Salud Protegida se va a restringir

Nombre del paciente _____ Fecha de Nacimiento (mes-día-año) _____ SS# _____ Relación con el participante _____

Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Teléfono (____) _____

Al completar este formulario usted solicita que las siguientes restricciones se consideren limitaciones por parte de UNITE HERE HEALTH para el uso y divulgación de información sobre su salud. Si su pedido es aprobado, estamos obligados por los términos del acuerdo, hasta la fecha en que la restricción caduque, ya sea por acción de su parte o de UNITE HERE HEALTH. Usted será notificado por escrito de la decisión de UNITE HERE HEALTH de aceptar o denegar su solicitud. Hasta que no se tome una decisión su solicitud de restricción no será efectiva.

No divulgar información con respecto a:

- Cualquier diagnóstico/tratamiento médico
- Un diagnóstico específico – indicar diagnóstico aquí: _____
- Tratamientos entre estas fechas: _____ y _____
- Otro – explicar: _____

No divulgar información a:

- Nombre de la persona que usted no quiere tenga acceso: _____
Relación: _____
- Otra persona excepto yo mismo

Razones por las que presenta esta solicitud: _____

Firma del paciente (los padres o tutor si el paciente es un menor) o persona que lo represente _____ Fecha _____

Nombre en letras de molde _____ Número de teléfono donde podemos contactarlo (____) _____

Relación con el Paciente _____

Para uso exclusivo de UNITE HERE HEALTH

Aceptada Rechazada

Firma del Funcionario de Privacidad: _____ Fecha: _____

Firma del Gerente de Dept.: _____ Fecha: _____