



# Authorization for Release of Protected Health Information

|  |  |
|--|--|
| Fill out <b>completely</b> to prevent delay<br><br><b>Submit form:</b><br>Fax: (630) 236-4380<br>Mail: UNITE HERE HEALTH<br>711 N. Commons Drive, Aurora, IL 60504 | <b>For help, call:</b><br>The UHH/member number on the back of your medical ID card <b>OR</b> if you have Kaiser or Tufts Health Plan medical, call UHH at:<br>(833) 637-3519 (DC/Baltimore area)      (855) 484-8480 (LA/OC area)<br>(844) 267-4325 (Boston)                      (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 (*mysister, doctor, lawyer, etc.*): \_\_\_\_\_

I want UNITE HERE HEALTH to release the following information to the person or organization named above (*check all that apply*):  
 ANY and ALL information     Explanations of Benefits     Appeal     Itemization of Lien  
 Other \_\_\_\_\_

Choose method of delivery, if applicable, (provide number/address):  
 By mail to: \_\_\_\_\_  
 By fax to: \_\_\_\_\_  By email to: \_\_\_\_\_

I want this authorization to expire (*check one*):  
 Not until I revoke     On this date (*Please specify*): \_\_\_\_\_  
 When the following event occurs \_\_\_\_\_  
***If I do not 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 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 |

|  |   |
|--|---|
| <p>Llene el formulario <b>en su totalidad</b> para evitar retrasos</p> <p><b>Enviar formulario:</b><br/> <b>Fax:</b> (630) 236-4380<br/> <b>Por correo postal:</b> UNITE HERE HEALTH<br/>         711 N. Commons Drive, Aurora, IL 60504</p> | <p><b>Para obtener ayuda, llame:</b></p> <p>El número de UHH/miembro que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación médica<br/> <b>O</b> si tiene el plan médico de Kaiser o Tufts Health, llame a UHH al:<br/>         (833) 637-3519 (área de DC/Baltimore)    (855) 484-8480 (área de LA/OC)<br/>         (844) 267-4325 (Boston)    (844) 639-8657 (Colorado)</p> |
|--|---|

Marque uno:     Soy el empleado (*tengo cobertura de seguro a través de mi trabajo*)  
 Soy dependiente (*pertenezco a la familia del empleado y él/ella me brinda cobertura*)

### 1: Información del empleado

|          |                     |                            |                                |   |          |
|----------|---------------------|----------------------------|--------------------------------|---|----------|
| Apellido | Nombre              | Inicial del segundo nombre | Fecha de nacimiento (dd/mm/aa) | Número de Seguro Social o de identificación del miembro | Teléfono |
| Calle    | No. de departamento | Ciudad                     | Estado                         | Código postal   |          |

### 2: Información del dependiente

|                 |                            |                     |        |               |
|-----------------|----------------------------|---------------------|--------|---------------|
| Nombre completo | Parentesco con el empleado | Fecha de nacimiento | Edad   | Teléfono      |
| Calle           | No. de departamento        | Ciudad              | Estado | Código postal |

¿Cuál es el propósito de esta autorización? (*Marque una*):  
 A mi solicitud     Para otro propósito \_\_\_\_\_

Deseo que UNITE HERE HEALTH discuta y/o divulgue  **mi** información médica o la de  **mi dependiente** a la siguiente persona u organización:  
 Persona/organización \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_  
 Parentesco conmigo (*mi hermana, médico, abogado, etc.*): \_\_\_\_\_

Deseo que UNITE HERE HEALTH divulgue la siguiente información a la persona u organización nombrada más arriba (*marque todas las que apliquen*):  
 CUALQUIER y TODA información     Explicaciones de beneficios     Apelación     Detalle del gravamen  
 Otro \_\_\_\_\_

Elija el método de entrega, si corresponde, (proporcione el número/dirección):  
 Por correo postal a: \_\_\_\_\_  
 Por fax a: \_\_\_\_\_     Por correo electrónico a: \_\_\_\_\_

Deseo que esta autorización expire (marque una):  
 No hasta que yo la revoque   
 En esta fecha (*por favor especifique*): \_\_\_\_\_  
 Cuando ocurra el siguiente evento \_\_\_\_\_

**Si no marco una casilla, esta autorización vencerá en un año.**

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo el uso o divulgación de información médica según se describe más arriba. He leído y entiendo el contenido de este formulario. Entiendo que UNITE HERE HEALTH no puede controlar la información después de su publicación. Entiendo que puedo revocar (cancelar) esta Autorización en cualquier momento notificando al Oficial de Privacidad de UNITE HERE HEALTH por escrito, pero la revocación no afectará la información ya divulgada. Si revoco esta autorización, no se divulgará información adicional, excepto cuando la ley lo permita o exija. Firmo este formulario voluntariamente. Si no firmo esta Autorización, mi capacidad para obtener tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para recibir beneficios con UNITE HERE HEALTH no cambiará. **Al firmar y fechar este formulario, permito que UNITE HERE HEALTH comparta mi información médica o la de mi dependiente con la persona u organización indicada más arriba.**

### 3: REQUERIDA Firma y fecha

|   |                            |              |                                    |                                |
|---|----------------------------|--------------|------------------------------------|--------------------------------|
| Firma de la persona que autoriza la divulgación de información médica | Fecha                      |              |                                    |                                |
| Nombre en letra de imprenta   | Parentesco con el empleado | Estado       | Código postal                      |                                |
| <b>Solo para uso de la</b>  | Fecha recibida             | Recibido por | Copia enviada por correo postal el | Copia entregada al paciente el |