UNITE HERE HEALTH

Revocation of Authorization for Release of Protected Health Information

ALL SECTIONS MUST BE FULLY COMPLETED!

This form is to be used when an Individual wants to revoke his/her valid Authorization for Release of Protected Health Information before its expiration date. One form is required **for each** Authorization the Individual wants to revoke.

Incomplete forms WILL NOT be accepted. To avoid delay, be sure to complete all fields. Please only submit one form per person.

Submit your form by mail: UNITE HERE HEALTH
c/o Privacy Officer
PO Box 5348
Oak Brook, IL 60522

or email: HIPAA@uhh.org

FOR HELP:

Call UNITE HERE HEALTH at **(866) 711-4373**

Step 1: Contact Information for Individual Requesting Revocation — REQUIRED FOR EVERYONE!

Last Name	First Name	Date of Birth (MM/DD/YY)	Member ID #	Phone

Street	Apt #	City	State	Zip Code

Step 2: Participant Information — ONLY COMPLETE IF YOU ARE THE DEPENDENT OF A PARTICIPANT

Participant Last Name	Participant First Name	Participant Date of Birth (MM/DD/YY)	Participant Member ID #

Step 3: Statement — REQUIRED FOR EVERYONE!

I hereby revoke my Authorization for Release of Protected Information submitted to UNITE HERE HEALTH, which permitted the release of my protected health information to the following organization or person: _____.

I understand that this revocation will not have any effect on any actions/information released prior to UNITE HERE HEALTH's receipt of this revocation. In addition, I understand that upon receipt of this revocation, further use or disclosure of protected health information shall cease immediately, except to the extent that the UNITE HERE HEALTH has acted in reliance upon the Authorization, or to the extend that use or disclosure is otherwise permitted or required by law. **This revocation is valid only for the Authorization described above**.

Step 4: Signature and Date — REQUIRED FOR EVERYONE!

Print Name	

REQUIRED! Signature of Individual or Individual's Personal Representative* »»	Date

***IF A PERSONAL REPRESENTATIVE SIGNS SIGNATURE SECTION, PLEASE COMPLETE THE INFORMATION BELOW**

Personal Representative's Full Name	Relationship to Individual

Personal Representative's Address	City, State, Zip

Personal Representative's Phone #

FOR OFFICE USE ONLY	Date Received	Received By	Copy Mailed On

UNITE HERE HEALTH

REVOCACIÓN de Autorización para divulgar Información Protegida de Salud

¡TODAS LAS SECCIONES DEBEN SER COMPLETADAS EN SU TOTALIDAD!

Este formulario debe utilizarse cuando una Persona desea revocar su Autorización para Divulgar Información de Salud Protegida vigente antes de su fecha de vencimiento. Se requiere un formulario por cada Autorización que la Persona desee revocar.

NO se aceptarán formularios incompletos. Para evitar demoras, asegúrese de completar todos los campos. Envíe solamente un formulario por persona.

Envíe su formulario por correo postal: UNITE HERE HEALTH
c/o Privacy Officer
PO Box 5348
Oak Brook, IL 60522

o email: HIPAA@uhh.org

PARA AYUDA:

llamar UNITE HERE HEALTH al **(866) 711-4373**

Paso 1: Información de contacto de la persona que solicita la revocación — ¡Obligatoria para todos!

Apellido	Primer nombre	Fecha de nac. (MM/DD/AA)	No. de ID de miembro	Teléfono

Calle	Apto #	Ciudad	Estado	Código postal

Paso 2: Información del participante — ¡Complete solo si usted es dependiente de un participante!

Apellido del participante	Primer nombre del participante	Fecha de nac. del participante (MM/DD/AA)	No. de ID de miembro del participante

Paso 3: Declaración — ¡Obligatoria para todos!

Por medio de la presente, revoco mi Autorización para Divulgar Información Protegida presentada a UNITE HERE HEALTH, que permitía divulgar mi

información de salud protegida a la siguiente organización o persona: _____.

Entiendo que esta revocación no tendrá efecto alguno sobre las acciones/información divulgada antes de que UNITE HERE HEALTH reciba esta revocación. Además, entiendo que a partir de la recepción de esta revocación, debe interrumpirse todo uso o divulgación de la información protegida de salud en forma inmediata, salvo en la medida de lo actuado por UNITE HERE HEALTH en virtud de la Autorización, o en la medida en que la divulgación esté permitida o requerida por la ley. **Esta revocación es válida solamente con relación a la Autorización descrita anteriormente.**

Paso 4: Firma y fecha — ¡Obligatoria para todos!

Nombre impreso	

¡REQUERIDO! Firma de la Persona o del Representante Personal* »»	Fecha

***SI EL REPRESENTANTE PERSONAL FIRMA LA SECCIÓN DE FIRMAS, POR FAVOR COMPLETE LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN**

Nombre completo del Representante Personal	Relación con la persona

Domicilio del Representante Personal	Ciudad, Estado, Código Postal

Número telefónico del Representante Personal

FOR OFFICE USE ONLY	Date Received	Received By	Copy Mailed On