



# Restriction Request Form To Restrict the Use and Disclosure of Protected Health Information (PHI)

All sections must be fully completed!

For help, call:

By completing this form, you are requesting that specific restrictions be placed on UNITE HERE HEALTH's use and disclosure of your Protected Health Information (PHI). Your request will be reviewed, and you will receive written notification of UHH's decision to approve or deny the restriction. If your request is approved, UHH will be bound by the terms of the restriction until it is terminated by either you or UHH. The requested restriction will not be effective until a formal decision has been made and communicated to you in writing.

The UNITE HERE HEALTH member number on the back of your medical (PPO) ID card.  
Or, if you have Kaiser/Harvard Pilgrim, visit [www.uhh.org](http://www.uhh.org) to find the member services phone number for your plan.

Submit your form by:

Fax: (630) 236-4380

Email: [mssupport@uhh.org](mailto:mssupport@uhh.org)

Mail: UNITE HERE HEALTH  
2715 Jorie Blvd, Suite 200  
Oak Brook, IL 60523

(Please note, if you email personal information to UHH, we can't ensure it's secure or private until it's received.)

## Step 1: Participant Information

This section should be completed by the person for whom Protected Health Information is to be restricted

Last Name <input type="text"/>		First Name <input type="text"/>	Date of Birth (MM/DD/YY) <input type="text"/>	
Member ID # <input type="text"/>	Relationship to the Member: <input type="checkbox"/> Self/Member <input type="checkbox"/> Dependent		Phone <input type="text"/>	
Street <input type="text"/>		City <input type="text"/>	State <input type="text"/>	Zip Code <input type="text"/>

## Step 2: Restriction Request

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:

List who should NOT have access to your health information. If you want no one to have access to your health information, write "no one"

1. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_


2. \_\_\_\_\_ 5. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ 6. \_\_\_\_\_

Reason for request: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Print Name <input type="text"/>	Relationship to the Member: <input type="checkbox"/> Employee (self) <input type="checkbox"/> Dependent <input type="checkbox"/> Spouse
<b>REQUIRED!</b> Signature of Participant (or parent/guardian if a minor) or Personal Representative	
	Date
<b>For Office Use Only</b> Updated August 25, 2025	Date Received <input type="text"/>
Received By <input type="text"/>	Copy Mailed On <input type="text"/>



# Formulario de solicitud de restricción para restringir el uso y la divulgación de información de salud protegida

**¡Todas las secciones deben ser completadas en su totalidad!**

**Para obtener ayuda, llame:**

Al completar este formulario, usted solicita que se apliquen restricciones específicas al uso y divulgación de su Información de Salud Protegida (PHI) por parte de UNITE HERE HEALTH. Su solicitud será revisada y recibirá una notificación por escrito de la decisión de UHH de aprobar o rechazar la restricción. Si se aprueba su solicitud, UHH estará sujeto a los términos de la restricción hasta que usted o UHH la rescindan. La restricción solicitada no será efectiva hasta que se haya tomado una decisión formal y se le haya comunicado por escrito.

Al número de UNITE HERE HEALTH/número de miembro en el reverso de su tarjeta de identificación médica (PPO).

O, si cuenta con cobertura médica de Kaiser/Harvard Pilgrim, visite [www.uhh.org](http://www.uhh.org) para encontrar el número de teléfono de Servicios a los Miembros de su plan.

## Envíe su formulario por:

**Fax:** (630) 236-5286

**Correo postal:** UNITE HERE HEALTH

2715 Jorie Blvd, Suite 200  
Oak Brook, IL 60523

**Correo electrónico:** [mssupport@uhh.org](mailto:mssupport@uhh.org)

*(Favor de tomar en cuenta que si envía información personal por correo electrónico a UHH, no podemos garantizar que sea segura o privada hasta que la recibamos)*

## Paso 1: Información del participante

*Esta sección debe ser completada por la persona cuya información médica protegida se restringirá*

Apellido <sup>▼</sup>		Nombre	Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)	
Número de identificación de miembro <sup>▼</sup>	Relación con el miembro: <input type="checkbox"/> Yo mismo/Miembro <input type="checkbox"/> Dependiente		Teléfono	
Calle <sup>▼</sup>		Ciudad	Estado	Código postal

## Paso 2: Solicitud de restricción

**No divulgar información relacionada con:**


- Cualquier diagnóstico/tratamiento médico
- Un diagnóstico específico: indique el diagnóstico aquí: .....
- Tratamiento entre estas fechas: ..... y .....
- Otro: explique: .....

## No divulgue información a:

Indique quién no debe tener acceso a su información de salud Si no desea que nadie tenga acceso, escriba "ninguno"

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....

Motivo de la solicitud: .....

Nombre en letra de imprenta <sup>▼</sup>	Relación con el miembro: <input type="checkbox"/> Yo mismo/Miembro <input type="checkbox"/> Dependiente	<input type="checkbox"/> Yo mismo/Miembro <input type="checkbox"/> Cónyuge
¡REQUERIDO! Firma del participante (o padre/tutor si es menor de edad) o representante personal <sup>▼</sup> 		Fecha
<b>Solo para uso de la oficina</b> Actualizado el 25 de agosto de 2025	Fecha recibida <sup>▼</sup>	Recibido por
		Copia enviada por correo postal el