



Authorization for Release of Protected Health Information

PLEASE PRINT CLEARLY AND FILL OUT ALL NUMBERED SECTIONS.

①	PARTICIPANT INFORMATION (Employee)		Social Security Number or Member ID Number			
	Last Name	First Name	Middle Initial	Date of Birth (Month/Day/Year)	Telephone (include area code) ()	
	Street		Apartment #	City	State	Zip
②	PATIENT INFORMATION – this is the person for whom Protected Health Information is to be released					
	<input type="checkbox"/> PATIENT IS THE SAME AS THE PARTICIPANT (If checked, you do not have to fill out Patient information)					
	Patient's Full Name		Relationship to Participant (employee)		Date of Birth (Month/Day/Year)	Age
	Street		Apartment #	City, State, Zip		Telephone (include area code) ()
③	PERSON OR ORGANIZATION RECEIVING THE INFORMATION – (only one person or organization per Authorization)					
	Name of Person or Organization		Relationship to Patient		Telephone (include area code) ()	
④	INFORMATION TO BE RELEASED - I authorize the following health information to be released (check ✓ all that apply):					
	<input type="checkbox"/> Eligibility <input type="checkbox"/> Appeal <input type="checkbox"/> Claims <input type="checkbox"/> Enrollment <input type="checkbox"/> Dr./Hospital Bills <input type="checkbox"/> OR Any and all Information					
	<input type="checkbox"/> Other – you must specify if you choose 'other': _____					
⑤	PURPOSE OF USE/DISCLOSURE – this Authorization is for the following purpose (only check ✓ one of the two choices):					
	<input type="checkbox"/> At my request OR <input type="checkbox"/> Other purpose (describe here): _____					
⑥	EXPIRATION – THIS AUTHORIZATION WILL EXPIRE - (choose only one of the following):					
	Choose ONE of the following	<input type="checkbox"/> Until I revoke <input type="checkbox"/> On the following date: _____ (Month/Day/Year) <input type="checkbox"/> When the following event occurs: _____				If no option is chosen, this Authorization will expire one year from the date it is signed by the Patient (or legal guardian).
	I hereby authorize the use or disclosure of the health information described above to the person or organization listed above. I understand that the Culinary Health Fund cannot control information after it is released. I understand that this request may include any reports, correspondence, test results, diagnosis, or medical procedures. I understand that I can revoke this Authorization at any time by notifying the Fund's Privacy Officer in writing, but revoking will not effect information already released. If I revoke this Authorization, additional information will not be released, except where permitted or required by law. If I do not sign this Authorization form, my ability to obtain treatment, payment, enrollment or eligibility for benefits with the Culinary Health Fund does not change.					
⑦	PATIENT'S SIGNATURE AND DATE – the Patient (or legal guardian) must <u>sign and date</u> the Authorization to make it valid:					
	Signature of Patient (the person listed under ② above) or legal guardian				Date	
	Print Name				Relationship to Patient	
	Complete and return to the attention of: _____ at CULINARY HEALTH FUND:					
	By mail: 1901 South Las Vegas Blvd, Suite 101 Las Vegas, NV 89104			By fax: (702) 735-1649		
OFFICE USE ONLY.....					
	Date Received	Received by	<input type="checkbox"/> Copy of Authorization Mailed – Date _____ <input type="checkbox"/> Copy of Authorization Given to Patient – Date _____			



Autorización para Divulgar Información Protegida de Salud

ESCRIBA EN FORMA CLARA CON LETRAS DE MOLDE Y COMPLETE TODAS LAS SECCIONES

①	INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE (Empleado)		Número de Seguro Social o Número de identificación			
Apellido		Nombre		Initial segundo nombre	Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Teléfono (incluir código de área) ()
Calle			N° de apartamento	Ciudad	Estado	Código postal
②	INFORMACIÓN DEL PACIENTE – persona a la que corresponde la información protegida de salud que se va a divulgar <input type="checkbox"/> EL PACIENTE ES EL PARTICIPANTE (Si tilda este casillero, no tiene que incluir los datos del paciente)					
Nombre completo del paciente			Relación con el Participante (empleado)		Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Edad
Calle		N° de apartamento	Ciudad, Estado, Código postal		Teléfono (incluir código de área) ()	
③	PERSONA U ORGANIZACIÓN QUE RECIBE LA INFORMACIÓN – (SOLAMENTE UNA PERSONA U ORGANIZACIÓN POR AUTORIZACIÓN)					
Nombre de la persona u organización			Relación con el Paciente		Teléfono (incluir código de área) ()	
④	INFORMACIÓN A SER DIVULGADA – AUTORIZO LA DIVULGACIÓN DE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN DE SALUD (MARQUE <input checked="" type="checkbox"/> TODO LO QUE CORRESPONDA):					
<input type="checkbox"/> Elegibilidad <input type="checkbox"/> Apelación <input type="checkbox"/> Reclamos <input type="checkbox"/> Inscripción <input type="checkbox"/> Cuentas doctor y hospital <input type="checkbox"/> <u>Q</u> Cualquier y toda información						
<input type="checkbox"/> Otra – debe especificar si elige: _____						
PROPÓSITO DEL USO /DIVULGACIÓN - ESTA AUTORIZACIÓN TIENE EL SIGUIENTE PROPÓSITO (SOLAMENTE MARQUE <input checked="" type="checkbox"/> UNA DE LAS DOS OPCIONES):						
<input type="checkbox"/> A mi pedido <u>U</u> <input type="checkbox"/> Otro propósito (describa acá): _____						
⑥	EXPIRACIÓN – ESTA AUTORIZACIÓN VENCE - (ESCOJA UNA DE LAS SIGUIENTES OPCIONES):					
Escoja una de las siguientes opciones:		<input type="checkbox"/> Hasta la revocación <input type="checkbox"/> En la fecha siguiente: _____ (mes/día/año) <input type="checkbox"/> Cuando se produzca el siguiente hecho: _____			Si no incluye ninguna fecha ni evento, esta Autorización vencerá cuando de cumpla un año de la fecha de la firma de la misma por el Paciente (o tutor legal).	
Por la presente, autorizo el uso o la divulgación de la información de salud descrita anteriormente ante la persona u organización cuyo nombre se menciona. Entiendo que el Culinary Health Fund no puede controlar la información una vez que la misma ha sido divulgada. Entiendo que este pedido puede incluir cualquier informe, correspondencia, resultados de análisis, diagnósticos o procedimientos médicos. Entiendo que puedo revocar esta Autorización en cualquier momento notificando al Funcionario de Privacidad del Fondo por escrito, pero la revocación no tendrá efecto sobre la información que ya se ha divulgado. Si revoco esta Autorización, no se divulgará ninguna otra información adicional, salvo cuando esté autorizado o requerido por la ley. Si no firmo este formulario de Autorización, no se modificarán mis posibilidades de recibir tratamiento, pagos, inscripción, o elegibilidad para los beneficios en el Culinary Health Fund.						
FIRMA DEL PACIENTE Y FECHA – EL PACIENTE (O TUTOR LEGAL) DEBE FIRMAR Y FECHAR LA AUTORIZACIÓN PARA QUE TENGA VALIDEZ:						
Firma del Paciente (la persona incluida en ② arriba) o tutor legal				Fecha		
Nombre en letras de molde				Relación con el Paciente		
Complete y entregue a la atención de: _____ en CULINARY HEALTH FUND:						
Por correo: 1901 South Las Vegas Blvd, Suite 101 Las Vegas, NV 89104				Por fax: (702) 735-1649		
.....OFFICE USE ONLY.....						
Date Received		Received by		<input type="checkbox"/> Copy of Authorization Mailed – Date _____ <input type="checkbox"/> Copy of Authorization Given to Patient – Date _____		