



Authorization for Release of Protected Health Information

PLEASE PRINT CLEARLY AND FILL OUT ALL NUMBERED SECTIONS.

①	PARTICIPANT INFORMATION (Employee)		Social Security Number or Fund ID Number	
	Last Name	First Name	Middle Initial	Date of Birth (Month/Day/Year)
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: _____				
<i>If no option is chosen, this Authorization will expire one year from the date it is signed by the Patient (or legal guardian).</i>				
I hereby authorize the use or disclosure of the health information described above to the person or organization listed above. I understand that the HEREIU Welfare Fund cannot control information after it is released from the Fund. 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 in the HEREIU Welfare 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		
.....OFFICE USE ONLY.....				
Date Received		Received by		Date Copy of Written Authorization Mailed to Patient



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 N° de Identificación del Fondo			
	Apellido	Nombre	Inicial 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 ✓ 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: _____					
⑤	PROPÓSITO DEL USO /DIVULGACIÓN - ESTA AUTORIZACIÓN TIENE EL SIGUIENTE PROPÓSITO (SOLAMENTE MARQUE ✓ 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).
⑦	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 Fondo de Bienestar de HEREIU 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 Fondo de Bienestar de HEREIU.					
	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		
OFFICE USE ONLY.....					
	Date Received _____ Received by _____ Date Copy of Written Authorization Mailed to Patient _____					