



Participant Information (Employee)		Social Security Number _ _ _ - _ _ - _ _			
Last Name		First Name		Middle Initial	Date of Birth (Month/Day/Year) _ _ - _ - _ _
Telephone (include area code) () _ _					
Street		Apartment #	City		State Zip
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) _ _ - _ - _ _	
Street		Apartment #	City, State, Zip		Telephone (include area code) () _ _
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) () _ _	
Information to be Released - I authorize the following health information to be released (check <input checked="" type="checkbox"/> 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 below if you choose 'other' _____					
Purpose of Use/Disclosure – this authorization is for the following purpose (only check <input checked="" type="checkbox"/> one of the two choices):					
<input type="checkbox"/> At my request OR <input type="checkbox"/> Other purpose (describe here): _____					
Expiration – This Authorization Will Expire - (provide specific date <u>or</u> an event):					
On the following date: _ _ - _ _ - _ _ OR when the following event occurs: _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> month day year <i>example: "until I revoke"</i> </div>					
If no date or event is present, 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 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 Culinary Health Fund does not change.					
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 above) or legal guardian				_____ Date	
_____ Print Name				_____ Relationship to Patient	
Complete and return to the attention of: <u>Privacy Officer</u> at the following address: Culinary Health Fund, 1901 Las Vegas Blvd. South #101, Las Vegas, NV 89104-1309					
*****OFFICE USE ONLY*****					
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> _____ Date Received </div> <div> _____ Received by </div> <div> _____ Date Copy of Written Authorization Mailed to Patient </div> </div>					



1901 Las Vegas Blvd. So.
Suite 107
Las Vegas, Nevada 89104-1309
(702) 733-9938
www.culinaryhealthfund.org

Autorización Para Divulgar Información Protegida de Salud

Información Del Participante (Empleado)		Número de Seguro Social _____			
Apellido	Nombre	Inicial segundo nombre	Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Teléfono (incluir código de área)	
				()	
Calle	N° de apartamento	Ciudad	Estado	Código postal	
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)	
Calle	N° de apartamento	Ciudad, Estado, Código postal		Teléfono (incluir código de área)	
				()	
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)	
				()	
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>O</u> Cualquier y toda información					
<input type="checkbox"/> Otra – debe especificar debajo si elige 'otra' _____					
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): _____					
Expiración – Esta autorización vence - (incluid una fecha específica o un evento):					
En la fecha siguiente: ____ - ____ - ____ O cuando se produzca el siguiente hecho: _____ mes día año ejemplo: "hasta la revocación"					
Si no incluye ninguna fecha ni evento, esta Autorización vencerá cuando se 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 arriba) o tutor legal			Fecha		
Nombre en letras de imprenta			Relación con el Paciente		
Complete y entregue a la atención de: Privacy Officer en la siguiente dirección: Culinary Health Fund, 1901 Las Vegas Blvd. South #101, Las Vegas, NV 89104-1309					
..... PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE.....					
Date Received _____ Received by _____ Date Copy of Written Authorization Mailed to Patient _____					



*1901 Las Vegas Blvd. So.
Suite 107
Las Vegas, Nevada 89104-1309
(702) 733-9938
www.culinaryhealthfund.org*