



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 ✓ 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"/> <u>OR</u> 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✓ <u>one</u> of the two choices):							
<input type="checkbox"/> At my request <u>OR</u> <input type="checkbox"/> Other purpose (describe here): _____							
Expiration – This Authorization Will Expire - (provide specific date <u>or</u> an event):							
On the following date: _ - _ - month day year				OR when the following event occurs: _____ <i>example: “until I revoke”</i>			
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.....							

Date Received		Received by		Date Copy of Written Authorization Mailed to Patient			

Instructions for Completing an Authorization Form

How to Authorize the Culinary Health Fund's Disclosure of an Individual's Protected Health Information to a Person or Organization

IMPORTANT: You must fill out all of the numbered sections of the form. If you do not, the form will be returned to you for completion. If any of the information you provide does not match the Fund's records, the Authorization may be returned to you for more information.

1. Participant Information – *the Participant is the employee (the insured)*

Print the Participant's social security number, name, date of birth, address and phone number. The information on the Authorization will be compared to information at the Fund Office to verify the identity of the Participant.

2. Patient Information – *the Patient is the person who is giving permission for their health information to be released.*

Print the Patient's name, date of birth, address, phone number and their relationship to the Participant. If the Participant is the Patient, you can check the box beside "Patient is the Same as the Participant", and you do not have to fill out the remaining information in Section 2. The information on the Authorization form will be compared to information at the Fund Office to verify the identity of the Patient.

3. Person or Organization Receiving the Information

Print the name of the person or organization you (the patient) are authorizing the Fund to share your health information with.

4. Information To Be Released

Check the boxes provided for the types of information to be released. You can check more than one box. If you are allowing "any and all" information to be released, check the box marked "Any and all information". Check "other" if you want to be more specific about the information to be released, for example:

- Information on treatment by Dr. Smith from May 1, 2002 to May 5, 2002;
- The claims payment for all care from March 31, 2002 through April 15, 2002; or
- The reasons for the denial of benefits for services provided on June 24, 2002 at the XYZ clinic.

5. Purpose of Use/Disclosure

Write a short description of the Reason for the authorization (example: "need help with claims").

6. Expiration of the Authorization

You must provide an expiration date of when the Authorization will expire. If you do not provide a date, the Authorization will expire one year from the date it is signed by the Patient (or legal guardian).

7. Signature and Date

The Patient (the person listed under #2) **must sign and date** the form or it will be considered invalid. If the patient is a minor the form should be signed by a custodial parent or legal guardian. If the form is signed by a legal guardian or other legal representative, this person's name and relationship to the Patient must be entered on the second line.



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>Q</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 - (incluir 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 <u>firmar y fechar</u> 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: <u>Privacy Officer</u> 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 _____					

Instrucciones para Completar el Formulario de Autorización

Cómo Autorizar al Culinary Health Fund a Divulgar Información Protegida de Salud de un individuo a una Persona u Organización

IMPORTANTE: debe completar todas las secciones numeradas del formulario. Si no lo hace, le devolverán el formulario para que lo complete. Si alguno de los datos que usted proporciona no coincide con los registros del Fondo, le podrían devolver la Autorización para que proporcione más información.

1. Información del Participante - *el Participante es el empleado (la persona asegurada)*

Escriba con letras de molde el número del seguro social del Participante, el nombre, fecha de nacimiento, domicilio y número telefónico. Los datos que figuran en la Autorización se compararán con la información registrada en la Oficina del Fondo para verificar la identidad del Participante.

2. Información del Paciente - *el Paciente es la persona que está dando su autorización para que se divulgue información sobre su salud.*

Escriba en letras de molde el nombre del Paciente, la fecha de nacimiento, el domicilio, número telefónico y su parentesco con el Participante. Si el Participante es el Paciente, usted puede marcar la casilla que está al lado de "El Paciente es el Participante" y no completar el resto de los datos incluidos en la Sección 2. La información que figura en el formulario de Autorización será comparada con los datos registrados en la Oficina del Fondo para verificar la identidad del Paciente.

3. Persona u Organización que Recibe la Información

Escriba en letras de molde el nombre de la persona u organización a la que usted (el paciente) autoriza a compartir su información de salud.

4. Información a ser Divulgada

Marque las casillas que corresponden con el tipo de información que autoriza a divulgar. Puede marcar más de una casilla. Si usted autoriza la divulgación de "cualquier y toda" información, marque la casilla "Cualquier y toda información". Marque "otra" si quiere ser más específico sobre la información a ser divulgada, por ejemplo:

- Información sobre el tratamiento con el Dr. Smith del 1 de mayo del 2002 al 5 de mayo del 2002;
- Los pagos de todas las reclamaciones de servicios de salud del 31 de marzo del 2002 hasta el 15 de abril del 2002; ó
- Las razones del rechazo de los beneficios por los servicios prestados el 24 de junio del 2002 en la clínica XYZ.

5. Propósito del Uso/Divulgación

Usted puede escribir una breve descripción de la Razón de la autorización (ejemplo: "necesito ayuda con las reclamaciones").

6. Vencimiento de la Autorización

Usted debe proporcionar una fecha de vencimiento que indica hasta cuándo es válida la Autorización. Si no incluye una fecha, esta Autorización vencerá cuando se cumpla un año de la fecha de la firma de la misma por el Paciente (o tutor legal).

7. Firma y Fecha

El Paciente (la persona incluida en la sección N° 2) tiene que firmar y fechar el formulario para que éste tenga validez. Si el paciente es menor de edad, el formulario deberá ser firmado por el padre que tiene la custodia o el tutor legal. Si el formulario tiene la firma del tutor u otro representante legal, el nombre de esta persona y el parentesco que tiene con el Paciente deben figurar en la segunda línea.