



Authorization for Release of Protected Health Information

Fill out completely to prevent delay	Submit form: Fax: 702-733-0989 Mail: Culinary Health Fund, 1901 South Las Vegas Blvd., Suite 107, Las Vegas, NV 89104	For help, call: 702-733-9938
---	--	--

Check one: I am the employee (I get insurance coverage through my job)
 I am a dependent (I am in the employee's family and he/she provides my coverage)

1: Participant/Member Information

Last Name	First Name	Middle Initial	Date of Birth (mm/dd/yy)	SS # or Participant ID #	Phone
Street		Apt #	City	State	Zip

2: Dependent Information

Full Name	Relationship to Employee	Date of Birth (mm/dd/yy)	Age	Phone
Street		Apt #	City	State Zip

What is the purpose of this authorization? (check one):
 At my request For a different purpose: _____

I want Culinary Health Fund to discuss and/or release my or my dependent's health information to the following person or organization:
 Person/organization: _____ Phone number: _____
 Relationship to me (my sister, doctor, lawyer, etc.): _____

I want Culinary Health Fund to release the following information to the person named above (check all that apply):
 ANY and ALL information Explanation of Benefits Appeal Itemization of Lien
 Other: _____

Choose method of delivery, if applicable, (provide number/address):
 By mail to: _____
 By fax to: _____ By email to: _____

I want this authorization to expire (check one):
 Not until I revoke On this date (please specify): _____
 When the following event occurs: _____

If I don't check a box, this authorization will expire in one year.

I, _____, authorize the use or disclosure of health information as described above. I have read and understand the contents of this form. I understand that Culinary Health Fund cannot control information after it is released. I understand that I can revoke (cancel) this Authorization at any time by notifying Culinary Health Fund's Privacy Officer in writing, but revoking will not affect information already released. If I revoke this Authorization, additional information will not be released, except where permitted or required by law. I am signing this form voluntarily. If I do not sign this Authorization, my ability to obtain treatment, payment, enrollment, or eligibility for benefits with Culinary Health Fund does not change. ***By signing and dating this form, I am allowing Culinary Health Fund to share my/my dependent's health information with the person or organization named above.***

3: REQUIRED Signature and Date

Signature of the person authorizing release of health information		Date		
Print Name	Relationship to Employee	State	Zip	
For Office Use Only	Date Received	Received By	Copy Mailed On	Copy Given to Patient On



Autorización para compartir la Información de Salud Protegida

Llene completamente para evitar retrasos	Enviar el formulario: Por Fax: 702-733-0989 Por Correo: Culinary Health Fund, 1901 South Las Vegas Blvd., Suite 107, Las Vegas, NV 89104	Para obtener ayuda, llame al: 702-733-9938
---	---	--

Marque uno: Soy el/la empleado(a) (obtengo cobertura de seguro a través de mi trabajo)
 Soy dependiente (formo parte de la familia del empleado y él/ella proporciona mi cobertura)

1: Información del Participante/Miembro

Apellido	Primer nombre	Inicial del Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento	#SS o Número de Identificación del Participante	Teléfono
Calle	Apto. #	Ciudad	Estado	Código Postal	

2: Información del Dependiente

Nombre Completo	Relación con el(la) Empleado(a)	Fecha de Nacimiento	Edad	Teléfono
Calle	Apto. #	Ciudad	Estado	Código Postal

¿Cuál es el propósito de esta autorización? (marque uno):

A solicitud mía Para un propósito diferente: _____

Quiero que el Culinary Health Fund discuta y/o comparta mi información médica ó la información médica de mi dependientes a la persona u organización:

Persona/organización: _____ Número de teléfono: _____

Relación conmigo (mi hermana, médico, abogado, etc.): _____

Quiero que el Culinary Health Fund comparta la siguiente información a la persona mencionada anteriormente (marque todos los que correspondan):

CUALQUIER y TODA la información Explicación de Beneficios Apelación Desglosamiento de Gravamen
 Otro: _____

Elija el método de entrega, si corresponde (proporcione el número/dirección):

Por correo a: _____

Por fax a: _____ Por correo electrónico a: _____

Deseo que esta autorización expire (marque uno):

Hasta que yo la revoque En esta fecha (especifique): _____

Cuando suceda el siguiente evento: _____

Si yo no marco una casilla, esta autorización expirará en un año.

Yo, _____, autorizo el uso o divulgación de mi información de salud como se describe anteriormente. He leído y comprendo el contenido de este formulario. Yo comprendo que el Fondo de Salud de la Culinaria no puede controlar la información después de ser divulgada. Yo comprendo que puedo revocar (cancelar) esta Autorización en cualquier momento al notificar por escrito al Oficial de Privacidad del Culinary Health Fund, pero la revocación no afectará la información que ya fue divulgada. Si yo revoco esta Autorización, no se compartirá información adicional, excepto cuando la ley lo permita o lo requiera. Estoy firmando este formulario voluntariamente. El no firmar esta Autorización, no cambia mi capacidad para obtener tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios con el Culinary Health Fund. **Al firmar y fechar este formulario, estoy permitiendo que el Fondo de Salud de la Culinaria comparta mi información de salud o la de mi dependiente con la persona u organización mencionada anteriormente.**

3: Firma y Fecha REQUERIDAS

Firma de la persona que autoriza que se comparta la información de salud	Fecha			
Escriba su nombre en letra de molde	Relación con el(la) Empleado(a)	Estado	Código Postal	
For Office Use Only	Date Received	Received By	Copy Mailed On	Copy Given to Patient On