

Fill out **COMPLETELY** to prevent delay

Submit form:	For help:
Email: Culinaryhc@dmsr.net Fax: (844) 633-9997 Mail: Culinary Health Center 650 North Nellis Boulevard Las Vegas, NV 89110 Attention: Medical Record Department	Call: (702) 790-8000 and ask for the Patient Experience Team Note: <i>If you choose to email personal information to the CHC, we can't ensure it will remain private or secure until it is received.</i>

Check one:

I am the participant/member (I get insurance coverage through my job) – Fill out Section 1

I am a dependent (I get coverage through the participant/member who is my family) – Fill out Sections 1 & 2

1. Participant/Member information

Last Name	First Name	Middle initial	Date of birth	SS# or Member ID #	Phone
Street		Apt #	City	State	Zip

2. Dependent information

Full name	Relationship to Participant/Member	Date of birth	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 the Culinary Health Center 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.): _____

Choose method of delivery:

E-mail: _____ Mail: _____

I want the Culinary Health Center* to release the following information to the person or organization named above:

All information relating to alcohol, drug or substance abuse, genetic testing, sexually transmitted diseases, HIV/AIDS, and behavioral or mental health services (excluding psychotherapy notes)

I want this authorization to expire (check one):

Not until I revoke On this date (Please specify): _____

When the following event occurs _____

If I do not check a box, this authorization will expire in one year.

I authorize the use or disclosure of my health information as described above. I have read and understand the contents of this form. I understand that the Culinary Health Center 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 (cancel) this Authorization at any time by notifying the Culinary Health Center'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 UNITE HERE HEALTH and the Culinary Health Center does not change. ***By signing and dating this form, I am allowing the Culinary Health Center to share my 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 Participant/Member	State	Zip
For Office Use Only	Date Received	Received By	Copy Mailed On	Copy Given to Individual On

* For purposes of this Authorization, all references to Culinary Health Center include the Neighborhood Health Center, LLC; Keck Medicine of USC, a division of the University of Southern California; and Emergency Medicine Physicians of Las Vegas (Zyniewicz) PLLC.

Complete TOTALMENTE para evitar demoras

Envíe el formulario:	Para obtener ayuda:
Correo electrónico: Culinaryhc@dmsr.net Fax: (844) 633-9997 Correo: Culinary Health Center 650 North Nellis Boulevard Las Vegas, NV 89110 Attention: Medical Record Department	Llame: al (702) 790-8000 y pregunte por el Equipo de Experiencia del Paciente Nota: Si elige enviar información personal por correo electrónico al Centro de Salud, no podemos garantizar que permanecerá privada o segura hasta que se reciba.

Marque una:

Yo soy el(la) participante/miembro (tengo cobertura de seguro a través de mi trabajo) – Complete la Sección 1

Soy dependiente (tengo cobertura a través del participante/miembro que es mi familiar) – Complete las Secciones 1 y 2

1. Información del Participante/Miembro

Apellido	Primer Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento	# de SS o # de Identificación del Miembro	Teléfono
Calle		# de apartamento	Ciudad	Estado	Código Postal

2. Información del Dependiente

Nombre completo	Relación con el(la) participante/miembro	Fecha de nacimiento	Edad	Teléfono	
Calle		# de apartamento	Ciudad	Estado	Código Postal

¿Cuál es el propósito de esta autorización? (Marque una):

Por mi petición Por un propósito diferente _____

Quiero que el Centro de Salud de la Culinaria divulgue y/o hable de la información de salud mía o de mi dependiente a la siguiente persona u organización:

Persona/organización _____ Número de teléfono _____

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

Elija el método de entrega:

Correo electrónico: _____ Correo: _____

Quiero que el Centro de Salud de la Culinaria* divulgue la siguiente información a la persona u organización mencionada anteriormente:

Toda la información relacionada con el abuso de alcohol, drogas o sustancias, pruebas genéticas, enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA y servicios de comportamiento o de salud mental (excluyendo las notas de psicoterapia)

Quiero que esta autorización expire (marque una):

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

Cuando ocurra el siguiente evento _____

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

Autorizo el uso o divulgación de mi información de salud como se describe anteriormente. He leído y entiendo el contenido de este formulario. Entiendo que el Centro de Salud de la Culinaria no puede controlar la información después de que sea divulgada. Entiendo que esta solicitud puede incluir informes, correspondencia, resultados de pruebas, diagnósticos o procedimientos médicos. Entiendo que puedo revocar (cancelar) esta Autorización en cualquier momento notificando al Oficial de Privacidad del Centro de Salud de la Culinaria por escrito, pero la revocación no afectará la información que ya fue divulgada. Si revoco esta autorización, no se divulgará información adicional, excepto cuando la ley lo permita o lo exija. Estoy firmando este formulario voluntariamente. Si no firmo esta Autorización, mi capacidad para obtener tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios con UNITE HERE HEALTH y el Centro de Salud de la Culinaria no cambia. **Al firmar y fechar este formulario, estoy permitiendo que el Centro de Salud de la Culinaria comparta mi información de salud con la persona u organización mencionada anteriormente.**

3. Firma requerida y fecha

Firma de la persona que autoriza la divulgación de información de salud	Fecha			
Nombre Impreso	Relación con el(la) Participante/Miembro	Estado	Código Postal	
For Office Use Only/ Sólo para Uso de la Oficina	Date Received	Received By	Copy Mailed On	Copy Given to Individual On

* Para propósitos de esta Autorización, todas las referencias al Centro de Salud de la Culinaria incluyen el Neighborhood Health Center, LLC; Keck Medicine of USC, una división de la Universidad del Sur de California; y Emergency Medicine Physicians of Las Vegas (Zyniewicz) PLLC.