



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 participant/member (I get insurance coverage through my job)
 I am a dependent (I am in the participant's/member's family and he/she provides my coverage)

1: Participant/Member Information

Last Name	First Name	Middle Initial	Date of Birth	SS # or Participant ID #	Phone
Street		Apt #	City	State	Zip

2: Dependent Information

Last Name	First Name	Middle Initial	Date of Birth	SS # or Participant ID #	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 Eligibility Enrollment Itemization of Lien
 Appeal Other _____

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 my 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 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 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. Signing this form does not change my ability to obtain treatment, payment, enrollment or eligibility for benefits with Culinary Health Fund. **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 Participant/Member	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: 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 participante/miembro (tengo cobertura de seguro a través de mi trabajo)
 Soy un dependiente (soy familiar del participante/miembro y él/ella provee 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

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento	#SS o número de identificación del participante	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 Culinary Health Fund discuta y/o divulgue mi información médica ó la información médica de mis dependientes a la persona u organización:
 Persona/organización _____ Número de teléfono _____
 Relación conmigo (mi hermana, médico, abogado, etc.): _____

Deseo que 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 Elegibilidad Inscripción
 Desglosamiento de Gravamen Apelación Otro _____

Deseo que expire esta autorización (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 Culinary Health Fund no puede controlar la información después de ser compartida. Yo comprendo que esta solicitud puede incluir cualquier informe, correspondencia, resultados de pruebas, diagnósticos o procedimientos médicos. Yo comprendo que puedo revocar (cancelar) esta Autorización en cualquier momento al notificar por escrito al Oficial de Privacidad de Culinary Health Fund, pero la revocación no afectará la información ya compartida. Si yo revoco esta Autorización, no se compartirá información adicional, excepto cuando la ley lo permita o lo requiera. Estoy firmando este formulario voluntariamente. Firmar este formulario no cambia mi capacidad para obtener tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios con Culinary Health Fund. **Al firmar y fechar este formulario, estoy permitiendo que el Culinary Health Fund comparta mi información de salud/la información de salud de mis dependientes 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 Participante/Miembro	Estado	Código Postal	
For Office Use Only	Date Received	Received By	Copy Mailed On	Copy Given to Patient On