

Llene **completamente** para evitar retrasos

Enviar el formulario:

Fax: (630) 236-4380

Por Correo: UNITE HERE HEALTH
PO Box 5348, Oak Brook, IL 60522

Para obtener ayuda, llame al:

El número de membresía/de UHH en la parte posterior de su tarjeta de identificación médica O, si tiene cobertura médica de Kaiser o Tufts Health Plan medical, llame a UHH al:

- (833) 637-3519 (área de D.C./Baltimore)
- (844) 267-4325 (Boston)
- (855) 484-8480 (área de LA/OC)
- (844) 639-8657 (Colorado)

Marque uno: ☐ Soy el empleado (*tengo cobertura de seguro a través de mi trabajo*)
☐ Soy un dependiente (*soy familiar del empleado y él/ella provee mi cobertura*)

1: Información del Empleado

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)	#SS o # de ID de Miembro	Teléfono
Calle	Apto. #	Ciudad	Estado	Código Postal	

2: Información del Dependiente

Nombre completo	Relación con el Empleado	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 UNITE HERE HEALTH discuta y/o divulgue la información médica sobre mí o la de mi dependiente o a la siguiente persona u organización:

Persona/organización _____ Número de teléfono _____

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

Deseo que UNITE HERE HEALTH comparta la siguiente información a la persona mencionada anteriormente (*marque todos los que correspondan*):

☐ CUALQUIER y TODA la información ☐ Explanación de Beneficios ☐ Elegibilidad ☐ Inscripción ☐ Apelación ☐ Desglose del Gravamen
☐ 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 UNITE HERE HEALTH 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 UNITE HERE HEALTH, 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. Si no firmo esta Autorización, mi capacidad de obtener tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para los beneficios con UNITE HERE HEALTH no cambia. **Al firmar y fechar este formulario, permito que UNITE HERE HEALTH comparta mi información de salud/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 Empleado	Estado	Código Postal
Únicamente para uso de Oficina/ For Office Use Only	Date Received	Received By	Copy Mailed On Copy Given to Patient On