

AUTORIZACIÓN DEL TRABAJADOR PARA LA REVELACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA
PRESERVADA PARA PROPÓSITOS DE LA COMPENSACIÓN A LOS TRABAJADORES
(EN CONFORMIDAD CON HIPAA)

Yo, (imprima el Nombre del Trabajador) _____, por este medio autorizo al proveedor de atención médica (PAM) – (el nombre del PAM es opcional y no se requiere para revelar la información medica) (Imprima el nombre del Proveedor de Atención Médica) _____ el uso o revelación de mi información médica descrita en esta autorización.

1. INFORMACIÓN

WCA Núm. _____

Fecha de Nacimiento _____ Fecha de la lesión _____ SSN _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Representante del Trabajador (si lo hay) _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

2. EMISIÓN

Yo autorizo al Proveedor de Atención Médica o a cualquier miembro o empleado de su oficina o asociación que me haya consultado o atendido, y de igual manera a cualquier hospital o centro de tratamiento en el cual he sido atendido, para que proporcione y revele copias legibles de cualquier y toda la información concerniente a mi condición física y siquiátrica, de la atención y tratamiento, a mi empleador, _____, y/o su compañía de seguros, _____, y/o sus abogados y a los representantes debidamente autorizados de la Administración para la Compensación a los Trabajadores y a su actual contratista de la contención del costo médico o sus debidos agentes autorizados. Copias de todos los documentos emitidos conforme a esta autorización deberán ser enviados a la agencia que está requiriendo la información y a mí o a mi representante como se menciona anteriormente.

3. Yo entiendo que la siguiente información será publicada seguida a una reclamación de la compensación a los trabajadores por una lesión o enfermedad ocupacional relacionada al trabajo: informes médicos, apuntes clínicos, apuntes de enfermería, el historial de lesiones del paciente, quejas objetivas y subjetivas del paciente, radiografías, los resultados de análisis y reconocimiento, interpretación de radiografías y otros análisis (incluso una copia del informe); diagnosis y prognosis, recibos de pago del hospital, recibos de pago para consultas y tratamientos por el proveedor de atención médica, recibos del pago efectuado, y cualquier información pertinente y esencial que tenga en su poder el proveedor de atención medica. Esta autorización también incluye, en caso de ser aplicable, lo siguiente: cualquier diario de operaciones del hospital, diarios de urgencias, informes de los comités de tejidos, informes y constancias siquiátricas, constancias de terapia física y toda constancia de tratamiento de paciente externo. Esta autorización se puede usar para pedir la carta oficial al proveedor de atención médica (Form Letter to Health Care Provider), que ha sido aprobada por la Administración para la Compensación a los Trabajadores. Entiendo que tengo el derecho a limitar la información que pueda ser proporcionada al firmar esta autorización para tal efecto provisto por la ley.

CONDICIONES

4. Yo entiendo que el propósito de este requerimiento es para determinar el nivel preciso de beneficios de compensación a los trabajadores y que puede incluir información con respecto a lo siguiente: para determinar mi estado de enfermedad ocupacional o lesión; para determinar mi elegibilidad a los beneficios de compensación a los trabajadores; para determinar mi estado médico presente y futuro después de una lesión ocupacional; para determinar mi estado médico actual y/o la capacidad para regresar al trabajo.

5. Derecho a revocar: Yo entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización a cualquier hora notificando a la compañía mencionada en los párrafos 1 y 2. Entiendo que la revocación es únicamente efectiva después de ser recibida y registrada por esa compañía y que cualquier uso o revelación hecha antes de la revocación bajo esta autorización no será afectada por la revocación. Sobreentendiendo que mi revocación a esta autorización puede afectar mi habilidad para recibir beneficios por lesiones ocupacionales o de compensación a los trabajadores regida por esta revocación.

6. Yo entiendo que después de que esta información sea revelada, el receptor puede continuar usándolo ejerciendo mi autorización anterior, sin importar mis revocaciones subsecuentes a esta autorización. Sobrentiendo que protecciones diferentes pueden estar disponibles conforme a la ley estatal y federal.

7. Yo entiendo que la información a ser publicada de acuerdo con una lesión o enfermedad ocupacional/relacionada con el trabajo/reclamo de la compensación a los trabajadores puede también ser revelada a la Administración para la Compensación a los Trabajadores y a su actual contratista de la contención del costo médico, o sus agentes debidamente autorizados.

8. Por este medio renuncio cualquier regulación y/o reglas de ética que pueda de otra manera prevenir a cualquier hospital o proveedor de la salud u otras personas que me han atendido o examinado en una capacidad profesional de revelar dichos apuntes.

9. Una fotostática u otra copia de este documento, el cual contiene mi firma, deberá ser considerada tan efectiva y válida como el original, y deberá ser aceptada por aquellos que se les envía o proporciona por un periodo de seis (6) meses de la fecha en que fue firmada.

10. Este documento no autoriza ninguna conferencia personal o telefónica o correspondencia directa entre ningún proveedor de la salud y un representante de mi empleador, su abogado o compañía de seguros para discutir mi caso y es únicamente para la publicación de documentación médica como se explica en el presente documento. Se permite únicamente una comunicación breve con el propósito limitado de obtener información médica.

11. Yo entiendo que tengo derecho a una copia de esta autorización y a cualquier documento que se haya proporcionado en esta autorización. Estoy pidiendo una copia de esta autorización Sí No – Si es sí, yo he recibido una copia (inicial). Entiendo que esta autorización terminará en seis (6) meses de la fecha de que la firmé, a menos que yo la revoque antes, siguiendo a lo que se dice en el párrafo 5.

Firma del Trabajador _____ Fecha _____

Sección del Representante Personal:

Si un representante personal ejecuta esta forma, ese representante dispone que él o ella tenga la autorización para firmar esta forma en base de (imprima las bases detalladas para la representación).

Firma del Representante personal _____ Fecha _____

******ESTA FORMA NO ESTÁ APROBADA POR EL DIRECTOR DE WCA Y SE PUEDE USAR SOLAMENTE COMO GUÍA PARA COMPLETAR LA AUTORIZACIÓN EN INGLÉS. WCA NO PERMITE ACEPTAR SU AUTORIZACIÓN USANDO ESTA FORMA******