



Nro. de caso de la WCB (si lo sabe): \_\_\_\_\_

**Al reclamante:** Si recibió tratamiento por una lesión previa en la misma parte del cuerpo, o por una enfermedad similar a la descrita en su Reclamo actual, complete este formulario. Este formulario les permite a los proveedores de atención de la salud que indique a continuación divulgar información de atención médica sobre su lesión/enfermedad anterior a la aseguradora de compensación obrera de su empleador. La ley federal HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996) dice que tiene derecho a recibir una copia de este formulario. Si no entiende este formulario, hable con su representante legal. Si no tiene un representante legal, el Defensor de Trabajadores Lesionados de la Junta de Compensación Obrera lo puede ayudar. Llame al: 800-580-6665.

**Al proveedor de atención de salud:** Una copia de esta divulgación en cumplimiento de la HIPAA le permite divulgar información de salud. Si envía registros a la aseguradora de compensación obrera en respuesta a esta autorización, también debe enviar copias al representante legal del Reclamante. (Si no se indica un representante legal a continuación, envíe copias al Reclamante). Los proveedores de atención médica que divulguen registros deben cumplir con la legislación del Estado de Nueva York y la HIPAA.

Esta autorización es:

- **Voluntaria.** Sus proveedores de atención médica debe brindarle la misma atención, los mismos términos de pago y los mismos beneficios, independientemente de si firma o no este formulario.
- **Limitada.** Les brinda a sus proveedores de atención médica permiso para divulgar únicamente los registros de salud relacionados con la enfermedad/condición anterior que describe a continuación.
- **Temporal.** Finaliza cuando se establece o anula su reclamo actual de compensación y se agotan todas las instancias de apelación.
- **Revocable.** Puede cancelar esta autorización en cualquier momento. Para cancelar, envíe una carta a los proveedores de atención médica indicados en este formulario. Además, envíe una copia de su carta a la aseguradora de compensación obrera de su empleador y a la Junta de Compensación Obrera. Nota: No puede cancelar esta autorización con respecto a registros médicos que ya se proporcionaron.
- **Solo para registros.** Les brinda a los proveedores de atención de salud indicados en este formulario permiso para enviar copias de sus registros de atención médica a la aseguradora de compensación obrera de su empleador.

Este formulario NO les permite a sus proveedores de atención médica divulgar los siguientes tipos de información:

- **Información relacionada con el VIH**
- **Notas de psicoterapia**
- **Tratamiento por abuso de drogas/ alcohol**
- **Tratamiento de salud mental** (a menos que marque a continuación)
- **Información verbal** (sus proveedores de atención de salud no pueden hablar sobre su información médica con nadie)

Los registros médicos que se divulguen pasarán a ser parte de su expediente de compensación obrera y son confidenciales de conformidad con la Ley de Compensación Obrera.

## A. SU INFORMACIÓN (reclamante)

1. Nombre: \_\_\_\_\_ 2. Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_
3. Dirección de correo: \_\_\_\_\_
4. Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 5. Fecha de la lesión/enfermedad actual: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
6. Lesión/enfermedad actual, incluidas todas las partes del cuerpo lesionadas: \_\_\_\_\_
7. Nombre y dirección de su representante legal (si tiene): \_\_\_\_\_

Marque aquí si les permite a sus proveedores de atención de la salud divulgar información de **cuidados de salud mental**.

## B. SUS PROVEEDORES DE ATENCIÓN DE LA SALUD

(Indique todos los proveedores de atención de la salud que lo trataron por una lesión anterior a la misma parte del cuerpo o por una enfermedad similar. Si son más de 2 proveedores, adjunte su información de contacto a este formulario).

1. Proveedor: \_\_\_\_\_ 2. Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_
3. Dirección de correo: \_\_\_\_\_
4. Otro proveedor (si lo hubiera): \_\_\_\_\_ 5. Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_
6. Dirección de correo: \_\_\_\_\_

## C. LEA Y FIRME A CONTINUACIÓN.

Por el presente solicito que los proveedores de atención de la salud arriba indicados le proporcionen a la aseguradora de compensación obrera de mi empleador copias de todos los registros de salud relacionados con lesiones/enfermedades anteriores, a todas las partes del cuerpo, descritas anteriormente.

Firma del reclamante (solo en tinta -- usar bolígrafo azul, de ser posible).

Fecha

**Si el reclamante no puede firmar**, la persona que firme en su nombre debe completar y firmar lo que sigue:

\_\_\_\_\_  
Su nombre

\_\_\_\_\_  
Relación con el reclamante Firma (solo en tinta -- usar bolígrafo azul, de ser posible). Fecha