

# Consentimiento y Autorización para la Divulgación de Información

Trabajador/a Lesionado/a \_\_\_\_\_  
Empleador \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Fecha de Lesión \_\_\_\_\_

Cualquier aseguradora, plan de salud, médico, profesional del cuidado de la salud, hospital, clínica, laboratorio, farmacia, centro médico u otro proveedor del cuidado de la salud que haya proporcionado pago, tratamiento o servicios, a mi o en mi nombre está autorizado a divulgar mi información como se indica a continuación.

**Yo autorizo a Omaha National, su personal, representantes o portador, a revisar, inspeccionar, copiar y / o fotografiar todos los registros o archivos, incluyendo, pero no limitado a los siguiente::**

- **Registros Médicos:** Todas las historias clínicas, archivos, registros e informes, incluyendo registros de oficinas y hospitales, resultados de laboratorio, informes de diagnóstico y películas, registros psiquiátricos, correspondencias médicas, notas de médicos y enfermeras, e historias clínicas relevantes a mi reclamo de compensación de trabajadores. Yo también doy mi permiso a que Omaha National contacte a los médicos asistentes involucrados en el tratamiento de todas las afecciones relacionadas.

Por favor tenga en cuenta que 45 CFR 164.512 (1) indica: "La entidad cubierta puede divulgar información de salud protegida según lo autorizado y en la medida necesaria para cumplir con las leyes relacionadas con la compensación de trabajadores u otros programas similares, establecidos por la ley, que proporcionan beneficios para una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo sin tener en cuenta la culpa".

- **Registros de Empleo:** Toda la información de empleo y recursos humanos, incluidos registros de contratación y empleo, nóminas y declaraciones de ingresos, documentación relacionada con esta o cualquier otra lesión relevante, y cualquier otra información pertinente para proporcionar beneficios y servicios necesarios para completar este reclamo.

Este consentimiento y autorización son efectivos de inmediato. Se puede aceptar una fotocopia de la autorización en lugar del original. Esta autorización está sujeta a revocación por parte del suscrito en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas en virtud de este consentimiento, y finaliza al concluir el reclamo de compensación de trabajadores sin revocación expresa. Se puede presentar una solicitud de revocación por escrito a Omaha National Underwriters en el P.O. Box 451139, Omaha, NE 68145.

Esta información es necesaria para lo siguiente:

- Para la investigación, revisión, análisis y descubrimiento de un reclamo de compensación de trabajadores y para determinar la causa, la naturaleza y el alcance de posibles condiciones médicas preexistentes, concurrentes o agravantes con posibles implicaciones médicas, legales o fácticas para la lesión o lesiones relacionadas con el trabajo.
- Para proporcionar información médica importante al médico tratante, consultor o evaluador para que el trabajador lesionado pueda recibir la mejor cuidado y asesoramiento médico posible.
- Para facilitar la recuperación de cualquier tercera parte responsable por la lesión.
- Para garantizar que el trabajador lesionado sea compensado con precisión por cualquier cantidad de ingresos, tiempo o recursos perdidos, mientras es sometido a la evaluación, tratamiento y recuperación de la lesión.
- Para desarrollar un plan de acción apropiado para resolver el reclamo.

Yo he leído esta autorización y entiendo completamente todo su contenido. Yo entiendo que la información utilizada o divulgada puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte de la persona o clase de personas o instalación que la recibe, y que ya no estaría protegida por las regulaciones federales de privacidad. Yo he hecho preguntas sobre cualquier cosa que no me había quedado clara y estoy satisfecho con las respuestas que he recibido. Yo entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización cuando lo solicite.

Firma \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_