



WCB Case No. (if you know it): _____

To Claimant: If you received treatment for a *previous* injury to the same body part or for an illness similar to the one described in your current Claim, fill out this form. This form allows the health care providers you list below to release health care information about your previous injury/illness to your employer's workers' compensation insurer. The federal HIPAA law (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996) says you have a right to get a copy of this form. If you do not understand this form, talk to your legal representative. If you do not have a legal representative, the Advocate for Injured Workers at the Workers' Compensation Board can help you. Call: 800-580-6665.

To Health Care Provider: A **copy** of this HIPAA-compliant release allows you to disclose health information. If you send records to the employer's workers' compensation insurer in response to this release, also mail copies to the Claimant's legal representative. (If no legal representative is listed below, send copies to the Claimant.) Health care providers who release records must follow New York state law and HIPAA.

This release is:

- **Voluntary.** Your health care provider(s) must give you the same care, payment terms, and benefits, whether you sign this form or not.
- **Limited.** It gives your health care provider(s) permission to release only those health records that are related to the previous illness/condition you describe below.
- **Temporary.** It ends when your current claim for compensation is established or disallowed and all appeals are exhausted.
- **Revocable.** You can cancel this release at any time. To cancel, send a letter to the health care provider(s) listed on this form. Also, send a copy of your letter to your employer's workers' compensation insurer and the Workers' Compensation Board. *Note: You may not cancel this release with respect to medical records already provided.*
- **For records only.** It gives your health care provider(s) listed on this form permission to send copies of your health care records to your employer's workers' compensation insurer.

This form does NOT allow your health care provider(s) to release the following types of information:

- **HIV-related information**
- **Psychotherapy notes**
- **Alcohol/Drug treatment**
- **Mental Health treatment** (unless you check below)
- **Verbal information** (your health care providers may not discuss your health care information with anyone)

Any medical records released will become part of your workers' compensation file and are confidential under the Workers' Compensation Law.

A. YOUR INFORMATION (Claimant)

1. Name: _____
2. Social Security Number: _____ - _____ - _____
3. Mailing Address: _____
4. Date of Birth: ____ / ____ / ____
5. Date of the current injury/illness: ____ / ____ / ____
6. Current injury/illness, including all body parts injured: _____
7. Your legal representative's name and address (if any): _____

Check here if you allow your health care provider(s) to release **mental health care** information.

B. YOUR HEALTH CARE PROVIDER(S) (List all health care providers who treated you for a *previous* injury to the same body part or similar illness. If more than 2 providers attach their contact information to this form.)

1. Provider: _____
2. Phone Number: (_____) _____
3. Mailing Address: _____
4. Other provider (if any): _____
5. Phone Number: (_____) _____
6. Mailing Address: _____

C. READ AND SIGN BELOW. I hereby request that the health care provider(s) listed above give my employer's workers' compensation insurer copies of all health records related to any previous injury/illness, to all body parts, described above.

Claimant's signature (ink only -- use blue ballpoint pen, if possible.) Date

If the claimant is unable to sign, the person signing on his/her behalf must fill out and sign below:

Your name Relationship to Claimant Signature (ink only -- use blue ballpoint pen, if possible.) Date



Número de caso de la WCB (si lo conoce): _____

Al Reclamante: Si usted recibió tratamiento por una lesión anterior en la misma parte del cuerpo o por una enfermedad parecida a la descrita en su actual reclamo, complete este formulario. Este formulario autoriza a los prestadores de salud que usted indique a continuación a divulgar información sobre su salud con respecto a su lesión/enfermedad anterior a la compañía aseguradora de compensación laboral de su empleador. La ley federal HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996) establece que usted tiene derecho a recibir una copia de este formulario. Si no entiende este formulario, póngase en contacto con su representante legal. Si no tiene representante legal, el Defensor de Trabajadores Lesionados de la Junta de Compensación Obrera podrá ayudarlo. Llame al: 800-580-6665.

Al prestador de salud: Una copia de esta divulgación de conformidad con la HIPAA lo autoriza a revelar información sobre la salud. Si en respuesta a esta divulgación, usted envía registros a la aseguradora de compensación laboral del empleador, también envíe copias por correo al representante legal del Reclamante. (Si a continuación no figura ningún representante legal, envíe copias al Reclamante.) Los prestadores de salud que divulgan registros deben ceñirse a la ley del estado de Nueva York y la HIPAA.

Esta divulgación es:
• Voluntaria. Su/s prestador/es de salud debe/n brindarle la misma atención, condiciones de pago y beneficios, ya sea que usted haya firmado o no este formulario.
• Limitada. Autoriza a el/los prestador/es de salud a divulgar sólo aquellos registros médicos relacionados con la enfermedad/condición que describe a continuación.
• Temporaria. Finaliza cuando se acepte o se desestime su actual reclamo de compensación y se hayan agotado todas las instancias de apelación.
• Revocable. Usted puede cancelar esta divulgación en cualquier momento. Para esto, envíe una carta a el/los prestador/es de salud que figuran en este formulario. También envíe una copia de la carta que escribió a la aseguradora de compensación laboral de su empleador y a la Junta de Compensación Obrera. Nota: Usted no podrá cancelar esta divulgación con respecto a registros médicos ya brindados.
• Sólo para registros. Le otorga permiso a el/los prestador/es de salud que figuran en este formulario para enviar copias de sus registros médicos a la compañía aseguradora de compensación laboral de su empleador.

Este formulario NO permite a su/s prestador/es de salud divulgar los siguientes tipos de información:
• Información relacionada con el VIH
• Notas sobre terapia psicológica
• Tratamiento por alcoholismo/drogadicción
• Tratamiento de salud mental (a menos que usted lo marque a continuación)
• Información verbal (sus prestadores de salud no pueden discutir información de su salud con nadie)

Todo registro médico que se haya divulgado pasará a integrar su expediente de compensación laboral y será de carácter confidencial en virtud de la Ley de Compensación Laboral.

A. SU INFORMACIÓN (Reclamante)

- 1. Nombre: _____ 2. Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____
3. Dirección postal: _____
4. Fecha de nacimiento: ____/____/____ 5. Fecha de la lesión/enfermedad actual: ____/____/____
6. Lesión/enfermedad actual, incluyendo todas las partes del cuerpo afectadas: _____
7. Nombre y domicilio de su representante legal (si corresponde): _____

Marque aquí si autoriza a su/s prestador/es de salud a divulgar información sobre su tratamiento salud mental.

B. SU/S PRESTADOR/ES DE SALUD (Liste todos los prestadores de salud que lo atendieron por una lesión anterior en la misma parte del cuerpo o una enfermedad parecida. Si son más de 2 prestadores, adjunte a este formulario la información de contacto de los mismos.)

- 1. Prestador: _____ 2. Número de teléfono: (____) _____
3. Dirección postal: _____
4. Otro prestador (si aplica): _____ 5. Número de teléfono: (____) _____
6. Dirección postal: _____

C. LEA Y FIRME A CONTINUACIÓN. Por la presente, solicito que el/los prestador/es de salud que figuran más arriba entreguen a la aseguradora de compensación laboral de mi empleador copias de todos los registros médicos relacionados a cualquier lesión/enfermedad anterior, en cualquier parte de mi cuerpo, descrita precedentemente.

Firma del reclamante (use sólo tinta y, si es posible, bolígrafo azul).

Fecha

Si el reclamante no puede firmar, la persona que firme en su nombre deberá completar y firmar a continuación:

Su nombre

Relación con el Reclamante

Firma (use sólo tinta y, si es posible, bolígrafo azul).

Fecha