



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)

- Nombre: _____
- Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____
- Dirección postal: _____
- Fecha de nacimiento: ____/____/____
- Fecha de la lesión/enfermedad actual: ____/____/____
- Lesión/enfermedad actual, incluyendo todas las partes del cuerpo afectadas: _____
- 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.)

- Prestador: _____
- Número de teléfono: (____) _____
- Dirección postal: _____
- Otro prestador (si aplica): _____
- Número de teléfono: (____) _____
- 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