Departamento de Desarrollo de la Fuerza Laboral
División de Compensación de Trabajadores
201 E. Washington Ave.
P.O. Box 7901
Madison, WI 53707
Teléfono: (608) 266-1340
Fax: (608) 267-0394
https://dwd.wisconsin.gov/wc/
e-mail: DWDDWC@dwd.wisconsin.gov

Consentimiento Voluntario e Informado para la Divulgación de Información de Atención Médica

*La provisión del número de seguro social (SSN, Social Security Number) es voluntaria. No proporcionarlo puede provocar una demora en el procesamiento de la información.
El Departamento de Desarrollo de la Fuerza Laboral (DWD) administra la Ley de Compensación al Trabajador, Capítulo 102 Wis. Stats. El propósito de este formulario es ayudar con la obtención de información relacionada con o requerida por el Capítulo 102. La cumplimentación de este formulario es voluntaria y la no cumplimentación de dicho formulario puede dar lugar a un retraso en la administración del Capítulo 102. El Departamento de Desarrollo de la Fuerza Laboral (DWD) puede utilizar la información de identificación personal (PII) que obtiene de usted en este formulario para fines distintos de aquellos para los que se está recogiendo.

Según la ley, todos los proveedores de atención médica deben proporcionarle a todo empleado, empleador, asegurador de compensación de trabajadores o sus representantes cualquier tipo de información razonablemente relacionada con cualquier tipo de lesión laboral que se haya alegado. Sin embargo, determinar la relación de las fichas médicas anteriores con una lesión laboral puede ser difícil y llevar tiempo. Por consiguiente, para ayudar a que se lleve a cabo la investigación de su reclamo de manera oportuna, este documento autoriza que el proveedor de atención médica divulgue información médica sin intentar determinar la medida en que se relaciona con la lesión laboral que se ha alegado en su caso.

No se le requiere que firme este documento. Puede rehusarse a firmar este documento sin poner en peligro su derecho de cobrar beneficios de compensación de trabajadores. Sin embargo, al ayudar en la investigación de su reclamo, es probable que reciba beneficios con mayor rapidez que si se rehúsa a autorizar la divulgación de información médica.

Nombre del Proveedor de Atención Médica		Dirección de la Calle	
Apartado Postal	Ciudad	Estado	Distrito Postal
Nombre del Paciente (Empleado)		Nombre del Empleador	
Número de Seguro Social del Paciente*	Fecha de Nacimiento del Paciente	No. de Reclamo de CT	

El paciente cuyo nombre aparece arriba autoriza por medio del presente documento a que el proveedor de atención médica cuyo nombre aparece arriba le divulgue todas las fichas que se han marcado a continuación y que se encuentren en su posesión y tengan que ver con la salud, el tratamiento y la evaluación del paciente a:

Nombre y Dirección de la Parte Autorizada a Recibir la Información Protegida
Omaha National Underwriters and Omaha National Insurance Company

o a sus representantes designados, y a que les suministre duplicados legibles y certificados de todas las fichas, escritos, informes, resultados de pruebas y rayos x que se encuentren en su posesión y contengan esa información. Esta autorización incluye *todas* las fichas, informes, correspondencia u otros materiales que el proveedor de atención médica autorizado tenga en su posesión, incluso si el proveedor de atención médica no generó esos materiales, y el volver a divulgar esos materiales se autoriza por medio del presente documento. Este permiso de divulgación puede utilizarse en la investigación, preparación, evaluación, y/o la audiencia del reclamo de compensación de trabajadores que se describe arriba.

MARQUE UNA DE LAS SIGUIENTES OPCIONES:

☐ **A.** **Salud Física Únicamente**. Divulgue todas las fichas, correspondencia y cualquier otra información de cualquier procedencia que tenga que ver con la salud física, el tratamiento y la evaluación del paciente, incluyendo sin limitación, las hechas o provistas por cualquier médico, enfermera, quiropráctico, osteópata, dentista, terapeuta físico, hospital, o cualquier otro proveedor de atención médica.

Este consentimiento constituye la renuncia de cualquier privilegio creado por estatutos, normas, reglas o cualquier otro tipo de autoridad estatal o federal, incluyendo sin limitación el Estat. de Wis. §§ 146.81 y 146.82, y 45 C.F.R. § 164.508.

☐ **B.** **Salud Física y de Otras Clases**. Divulgue todas las fichas, correspondencia y cualquier otra información de cualquier procedencia que tenga que ver con la salud física y mental, el abuso de drogas y alcohol, las pruebas de VIH y SIDA, el tratamiento y la evaluación del paciente, incluyendo sin limitación, las hechas o provistas por cualquier médico, psiquiatra, psicólogo, enfermera, quiropráctico, osteópata, dentista, terapeuta físico, hospital, o cualquier otro proveedor de atención médica.

Este consentimiento constituye la renuncia de cualquier privilegio creado por estatutos, normas, reglas o cualquier otro tipo de autoridad estatal o federal, incluyendo sin limitación el Estat. de Wis. §§ 51.30, 146.025, 146.81 y 146.82, 42 C.F.R., Cap. 1, subparte C, § 2.31 y 45 C.F.R. § 164.508.

Firma del Paciente (o Persona Autorizada para Firmar de Parte del Paciente) — para la Opción B:

Firma del Paciente (o Persona Autorizada para Firmar de Parte del Paciente)	Fecha de Firma

Al firmar este impreso de consentimiento, reconozco y entiendo que:

- Estoy autorizando la divulgación de las fichas y la información enumeradas anteriormente.
- Renuncio cualquier privilegio que pueda haber evitado la divulgación de las fichas y la información enumeradas anteriormente.
- Entiendo que el proveedor de atención médica cuyo nombre aparece arriba, al que estoy autorizando a divulgar mi información médica protegida, no puede imponer la condición de que firme esta autorización para proporcionarme tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad de beneficios (si es pertinente), excepto: (1) si mi tratamiento se relaciona con la investigación, o (2) los servicios de atención médica se me proporcionan únicamente con el propósito de crear información médica protegida para su divulgación a un tercero.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento por medio de una solicitud escrita enviada a la parte autorizada arriba a recibir información, excepto que la parte autorizada arriba a recibir esa información puede contar con la información médica personal que haya recibido antes de la revocación de esta autorización.
- Puedo obtener copia de las fichas e información divulgadas previa solicitud escrita enviada a la parte autorizada arriba a recibir información sin costo alguno para mí.
- Mi información médica personal divulgada de acuerdo con esta autorización puede volver a divulgarse y puede que deje de estar protegida por la ley federal. Mi información médica personal puede divulgarse a cualquiera de los siguientes: el empleador, el asegurador de compensación de trabajadores, el Departamento de Desarrollo de la Fuerza Laboral, otras partes relacionadas con este asunto o sus abogados; la Comisión de Revisión Laboral e Industrial; cualquier tribunal o cualquier acción o proceso legal relacionados con este asunto; expertos contratados o consultados por cualquiera de las partes; y cualquiera de sus agentes, empleados, o representantes. Específicamente autorizo y consiento a cualquier tipo de divulgación y redivulgación de ese tipo.
- Tengo derecho a una copia de este impreso de consentimiento después de firmarlo.

Si tiene preguntas acerca de este documento, debe ponerse en contacto con la División de Compensación de Trabajadores llamando al (608) 266-1340. No firme este documento si el nombre del proveedor de atención médica está en blanco.

Este consentimiento está sujeto a revocación en cualquier momento. Si no se revoca, este consentimiento tiene efectividad por un periodo de dos (2) años a partir de la fecha de firma. Esta autorización renuncia expresamente cualquier requisito de que deba utilizarse antes de que pase un determinado número de días después de la fecha de firma, o de que deba ponerse la fecha dentro de un cierto periodo de tiempo antes de la fecha en que se utilice. Esta autorización aplicará también a las fichas de tratamiento que pueda proporcionarse en el futuro, después de la fecha de firma de esta autorización, siempre que ese tratamiento ocurra mientras esta autorización tenga todavía vigencia. Una copia fotocopiada será tan válida como el original.

Firma del Paciente (o Persona Autorizada para Firmar de Parte del Paciente):	Fecha de Firma
Si no está firmada por el paciente, la autoridad/designación de firmar se basa en que el paciente es: ☐ Menor de edad ☐ Incompetente ☐ Incapacitado ☐ Fallecido ☐ Otro:	