Consentimiento y Autorización para la Divulgación de Información

Trabajador/a Lesionado/a	_____	Medico	_____
Empleador	_____	Direccion	_____
Fecha de Nacimiento	_____	Ciudad, Estado, & Codigo	_____
Fecha de Lesión	_____	Numero Telefónico	_____

La entidad, centro o médico mencionado anteriormente 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 oarchivos, 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(l) indica, "Una 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 _____

Envíenos el formulario completo por fax al 844-761-8402 o envíenoslo por correo electrónico a claims@omahanational.com.

Para su protección, la ley de Kentucky exige que la siguiente declaración aparezca en este formulario:
Cualquier persona que a sabiendas y con intención de defraudar a cualquier compañía de aseguranza o a cualquier otra persona presente una reclamación que contenga información materialmente falsa, o que oculte con el fin de inducir a error información relativa a cualquier hecho sustancial al respecto, comete un acto fraudulento en materia de seguros, lo cual constituye un delito.