

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR, USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN PROTEGIDA**  
**45 CFR 164.508 y 164.512 (HIPAA)**

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DIRECCIÓN:

SS#:

RECLAMACIÓN #:

Autorizo a la disclos Ure y la liberación de toda la información de salud protegida incluyendo, pero no limitado a: ESCRITA MÉDICOS : cualquier y todos los registros médicos, todos ellos en las historias clínicas y ambulatorios y registros, historias clínicas y registros, médico y enfermera notas, emergencia registros de habitaciones, correspondencia, memorandos, registros de fisioterapia y rehabilitación, formularios de cuestionarios de pacientes, formularios de historial del paciente, registros de servicios sociales, registros de laboratorio e informes de diagnóstico. REGISTROS DE PRESCRIPCIÓN : todos y cada uno de los registros de recetas, formularios de recetas médicas originales, registros de recarga y registros de farmacia. FACTURACIÓN: todos y cada uno de los registros de facturación, incluidas las declaraciones detalladas de cargos, pagos, todos los registros de seguros, incluidos todos los reclamos, formularios de reclamo, correspondencia, pagos e informes. REGISTROS DE EMPLEO: todos y cada uno de los registros de empleo, incluida la información salarial y los documentos del personal. REGISTROS DE LA OFICINA: todos y cada uno de los registros de la Oficina de Compensación de Trabajadores para cualquiera y todos los reclamos de compensación de trabajadores. SEGURO DE ARCHIVOS : cualquiera y todos los documentos relativos a cualquier reclamación de seguros que contenga un físico lesiones incluyendo , pero no limitado a , todos los registros médicos, correspondencia, la historia clínica, informes de la policía, libros de pagos y todos los demás documentos contenidos en la demanda (s) de archivo Esta autorización se aplica a todos los registros médicos, lesiones, historial médico, empleo y condición física, independientemente del momento en que ocurrieron, tanto antes como después de mi firma en este formulario, independientemente del momento en que ocurrieron.

**La información sobre el VIH, la salud mental y las drogas y el alcohol contenida en las partes de los registros indicados anteriormente se divulgará a través de esta autorización a menos que se indique lo contrario.**

**No Release:** \_\_\_\_\_ **VIH** \_\_\_\_\_ **Mental Health** \_\_\_\_\_ **Drogas y Alcohol**

Esta información de salud protegida se divulga para el siguiente propósito: **Reclamación de compensación para trabajadores**

Esta información se utilizará con el propósito de verificar, evaluar y / o negociar el reclamo del individuo. Esta información no es necesaria para obtener tratamiento.

**Usted está autorizado a divulgar los registros anteriores a los siguientes: Lackawanna Insurance Group y su (s) agente (s) con el fin de obtener registros médicos.**

Tengo derecho a revocar esta autorización A, por escrito, enviando una notificación por escrito a la entidad cubierta. Entiendo que mi decisión de revocar la autorización puede resultar en la denegación de mi reclamo de compensación de trabajadores por incumplimiento de una solicitud de registro médico, pero no afectará mi capacidad de obtener tratamiento de ninguna entidad cubierta. Además, entiendo que una revocación no es efectiva en la medida en que haya confiado en mi autorización para divulgar información médica protegida antes de la revocación. Además, entiendo que la información puede volver a divulgarse y no estar sujeta a protección. Entiendo que tengo derecho a:

- Inspeccionar o copiar la información de salud individualmente identificable que se divulgará.
- Negarse a firmar esta autorización, sujeto a las posibles sanciones impuestas por la Ley de Compensación de Trabajadores de Pensilvania y su Reglamento.
- Que tengo derecho a una copia de este formulario de autorización completado.

**Este formulario también constituye autoridad para que usted produzca y haga copias fotostáticas de todos esos registros, y que los envíe por correo al representante de referencia aprobado. Una copia fotostática de esta Autorización tendrá el mismo efecto que el original.**

**Esta autorización seguirá siendo válida hasta que el reclamo haya sido legalmente concluido para lo cual se buscan estos registros.**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Representante Individual / legal**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Nombre impreso del individuo / representante legal**

\_\_\_\_\_  
**Relación con el individuo**