



Instrucciones

Puede obtener este formulario en línea en www.bwc.ohio.gov

- Use letra de imprenta o tipee los datos.
- Enumere los proveedores a los que autoriza a divulgar registros médicos en los espacios indicados en este formulario.
- Firme y coloque la fecha en el formulario y envíelo a la oficina de servicios donde se encuentra su reclamo o a su empleador autoasegurado.

| | | | |
|---|--------|-------------------------|------------------------------|
| Nombre del trabajador lesionado (nomb. 2.º nomb., apell.) | | Fecha de la lesión | Número de reclamo |
| Dirección | Ciudad | Estado | Cód. postal de nueve dígitos |
| Nombre del empleado | | MCO o QHP del empleador | |

Yo, el trabajador antes mencionado, entiendo que le permito a Opportunities for Ohioans with Disabilities (Oportunidades para residentes de Ohio con discapacidades) y a los proveedores (personas o centros) que aquí se mencionan (_____

_____) que me brindan atención o examinan a divulgar la siguiente información médica, psicológica y/o psiquiátrica (con excepción de las notas de psicoterapia) que se relacionen casualmente o históricamente con lesiones físicas o mentales, relevantes para mi reclamo de la indemnización de los trabajadores:

- Resultados de muestras de patología y coloración inmunohistoquímica, si corresponde;
- Historial de admisión hospitalaria y examen físico; informes de sala de emergencias; resúmenes de alta hospitalario; notas del consultorio médico; evaluaciones del fisioterapeuta, del terapeuta ocupacional o del entrenador de atletismo y notas de progreso; informes de consulta; resultados de laboratorio; informes médicos; informes quirúrgicos; informes de diagnóstico; informes de procedimientos; documentación de asilos y centros de enfermería especializados; notas de progreso de enfermería domiciliaria o otros que se mencionen a continuación.

Entiendo que autorizo la divulgación de esta información a: la Oficina de Indemnización de los Trabajadores de Ohio (Ohio Bureau of Workers' Compensation, BWC), la Comisión Industrial de Ohio (Industrial Commission of Ohio), el empleador antes mencionado, la organización de atención administrada del empleador o al plan de salud calificado, así como a cualquier representante autorizado.

Comprendo que la información se divulgará a las personas y/o entidades antes mencionadas para el uso y administración de mi reclamo de la indemnización de los trabajadores.

La presente autorización para divulgar información médica, psicológica y/o psiquiátrica permanecerá en vigencia por el tiempo en que mi reclamo de la indemnización de los trabajadores permanezca abierta según la ley de Ohio. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Sin embargo, debo enviar mi revocación por escrito y presentarla ante la BWC o mi empleador autoasegurado. Mi decisión de revocar esta autorización entrará en vigencia, salvo en el caso en que cualquiera de los proveedores antes mencionados ya haya divulgado información basándose mi autorización.

Comprendo que el(los) proveedor(es) antes mencionado(s) no puede(n) condicionar mi tratamiento por el hecho de no completar o firmar esta autorización.

Entiendo que las partes a las que estoy autorizando a divulgar la información están exentas de los requisitos de privacidad federales respecto de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act) de 1996, en la medida en que administren programas de indemnización de los trabajadores. Dichas partes pueden volver a divulgar la información revelada de conformidad con esta autorización y ya no se considerará protegida por los requisitos de privacidad federales. Comprendo que dichas divulgaciones pueden incluir, entre otras, lo siguiente:

- Una copia de la información médica que reciba el empleador y que dicho empleador pueda reenviar a la BWC;
- Una copia de la información médica se pondrá a mi disposición o a para el médico que figure en el registro por solicitud de

| | |
|---|-------|
| Firma del trabajador lesionado (o del tutor o del representante personal) | Fecha |
|---|-------|

Si está firmada por el tutor o el representante personal del trabajador lesionado, se debe proporcionar una descripción de la autoridad del tutor o del representante personal que le permite firmar en nombre del trabajador lesionado. _____