



Instrucciones

- Utilice este formulario si desea que BWC divulgue información que tenemos sobre su reclamo a otro individuo u organización.
Este consentimiento firmado se aplica específicamente a este reclamo. Debe presentar un formulario de consentimiento separado para cada reclamo adicional de BWC sobre el que desee divulgación.
Si necesita asistencia, visite www.ohiobwc.com o llame a BWC al número gratuito 1-800-OHIOBWC.

Empleado lesionado
Nombre del empleado lesionado
Número de reclamo
Fecha de nacimiento
Número de teléfono
Dirección
Ciudad
Estado
Código postal

La información puede incluir registros médicos, salarios, pagos por indemnización, condiciones permitidas y/o órdenes de audiencias previas de la Comisión Industrial de Ohio (Industrial Commission of Ohio).

- Autorizo a BWC a que divulgue documentación respecto de este reclamo al individuo y/u organización que se mencionan a continuación.
Autorizo a BWC a comunicar verbalmente información sobre mi reclamo al individuo que se menciona a continuación, tal como un familiar o representante sindical.

Divulgar información a
Nombre y/u organización
Dirección
Ciudad
Estado
Código postal
Número de teléfono

Al firmar a continuación, declaro tener la autoridad para firmar este documento y reconozco lo siguiente:

- Comprendo que la información incluida en mis registros médicos y de salud puede contener datos sensibles relacionados con asuntos de salud privados;
Comprendo que si el VIH/SIDA es una afección permitida en mi reclamo, mis registros médicos y de salud pueden contener información relacionada con estas afecciones. Basándose en esta concesión específica, debe ingresar una fecha de finalización a continuación para indicar el tiempo en el que esta divulgación estará en efecto, el cual no deberá superar los 12 meses desde la fecha de la firma;
Comprendo que si una afección psicológica se permite en mi reclamo, mis registros médicos y de salud podrían incluir información relacionada con esta afección;
Comprendo que BWC no controla el uso de la información divulgada una vez que ha sido dada a conocer al receptor; toda divulgación de la información genera un riesgo de posible nueva divulgación en manos del receptor y que BWC queda expresamente excluida de cualquier responsabilidad legal por las consecuencias que pudieran surgir de dicha divulgación;
Comprendo que tengo el derecho a revocar este consentimiento, verbalmente o por escrito, en cualquier momento;
Comprendo que puedo rehusarme a firmar este consentimiento y, además, reconozco que he prestado este consentimiento voluntaria y libremente.

Este consentimiento es válido hasta:

- por 12 meses a partir de la fecha en la que se firma, o
Fecha específica ____/____/____.

Firma del empleado lesionado (o tutor legal, representante autorizado o albacea, si fuese aplicable)
Fecha