



AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN

Paciente: _____

A QUIEN CORRESPONDA:

Por medio de la presente se otorga autorización expresa para revelar y proporcionar a la Oficina Estatal de Administración de Riesgo (SORM) y a cualquier asociado, asistente, representante, agente o empleado de la misma, toda la información que deseen (lo cual incluye, pero no se limita a archivos de la oficina, informes médicos, memorandos, expedientes hospitalarios, reportes de laboratorio, incluso los resultados de todas las pruebas o exámenes como la prueba de detección de alcohol o drogas, radiografías, reportes de radiografías, al igual que copias de las mismas) relacionada con el estado físico y mental sobre el cual se basa mi reclamo de compensación al trabajador. Esto incluye no solo toda la información actual o futura sino también toda la información médica del pasado relacionada con la lesión o lesiones que forman la base de mi reclamo.

(Nombre en letra de molde) _____

Las copias fotostáticas de esta autorización firmada se considerarán tan válidas como la original.

La presente no es una renuncia al reclamo por daños.

FIRMA: _____ FECHA: _____

POR FAVOR, FIRME Y ENVÍE ESTA AUTORIZACIÓN, PARA PODER OBTENER LA DIVULGACIÓN DE SU HISTORIAL MÉDICO.

GRACIAS.

OFICINA ESTATAL *de* ADMINISTRACIÓN DE RIESGO

Instrucciones

Autorización para revelación de información

Obligatorio:

Se requiere este documento inmediatamente después de sufrir una lesión de trabajo. El empleado lesionado debe llenar esta autorización. Esto permite a SORM obtener, de los proveedores de atención médica, copias de los documentos médicos relevantes que ayudarán con el manejo del reclamo.

Fecha límite para presentar el formulario:

SORM tiene que recibir el formulario a más tardar el **5to. día calendario** después de que se reporta a la agencia el primer aviso de lesión.

Completado por:

El empleado tiene que llenar este formulario. Si el empleado está incapacitado el cónyuge, hijo, tutor o curador puede firmarlo. **EL FORMULARIO TIENE QUE ESTAR FIRMADO Y FECHADO.** El coordinador de reclamos tiene que hacer este formulario disponible para todas las lesiones.

Instrucciones:

1. El empleado lesionado tiene que escribir su nombre claramente en letra de molde en la línea 'Paciente'.
2. El empleado lesionado tiene que escribir su nombre claramente en letra de molde en la segunda línea.
3. El empleado lesionado tiene que firmar y fechar el formulario.

Distribución:

El coordinador de reclamos guardará el original para el archivo de la agencia y enviará una copia por fax o correo a:

State Office of Risk Management
PO Box 13777
Austin, TX 78711
(512) 472-0228

Aviso: Salvo algunas excepciones, la persona tiene derecho, si lo solicita, a que se le notifique sobre la información que un organismo gubernamental recopila sobre su persona. Bajo las Secciones 552.021 y 552.023 del Código Gubernamental la persona tiene derecho a recibir y revisar la información y bajo la Sección 559.004 del Código Gubernamental tiene derecho a que el organismo gubernamental corrija información que esté incorrecta.