

CONSENTIMIENTO PARA SUMINISTRAR INFORMACIÓN

Número de Control de Casos de CMS:

La Ley de Privacidad de 1974 (Ley Pública 93-579) prohíbe que el gobierno revele información de archivos personales sin el permiso expreso por escrito de la persona involucrada. Se prohíbe la divulgación de registros personales a un abogado u otro representante que actúe en nombre de otra persona, a menos que la persona a la que pertenece el registro haya dado su consentimiento.

Por la presente, _____ autorizo a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), sus agentes y sus contratistas a divulgar, analizar y anunciar, verbalmente o por escrito, la información relacionada con mi lesión y el acuerdo de mi indemnización laboral (WC) a los individuos y empresas enumeradas a continuación. Este consentimiento es para mi reclamación de indemnización laboral actual, la cual está en curso. No será necesario un consentimiento adicional para suministrar información a menos y hasta que yo revoque este consentimiento (el cual debe estar por escrito). Además, se me ha explicado la necesidad y el proceso del Acuerdo de Medicare para la Indemnización Laboral por aparte, y apruebo el contenido de la presentación.

Iniciales del Beneficiario _____

MARCAR E INDICAR LO QUE CORRESPONDA:

Abogado del Reclamante

(Nombre o Firma)

Abogado del Empleador

(Nombre o Firma)

Corredor de Seguros para Casos de Indemnización Laboral

(Nombre o Firma)

Otro

ExamWorks Clinical Solutions
(Nombre o Firma)

Firma de la Reclamante

Fecha en que se Firma

Fecha de la Lesión

Número del Seguro Social o Número de Medicare
(Número de Reclamación del Seguro Médico/HICN)