

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL INFORMATION

Autorización para Obtener información Médica

Please sign and return to USIS (Por favor firmar y devolver a USIS)

The Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 ("HIPAA") allows disclosures of protected health information in workers' compensation cases, as provided in 45 C.F.R. 164.512(1), which states:

A covered entity may disclose protected health information as authorized by and to the extent necessary to comply with the laws related to workers' compensation or other similar programs, established by law, which provide benefits for work-related injuries or illness without regard to fault.

Florida law establishes workers' compensation coverage in Chapter 440, Florida Statutes.

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 ("HIPAA") permite la divulgación de información médica protegida en casos de compensación laboral, de conformidad con lo dispuesto en 45 C.F.R. 164.512(1), que establece:

Una entidad cubierta puede divulgar información de salud protegida según lo autorice y en la medida necesaria para cumplir con las leyes relacionadas con la compensación de trabajadores u otros programas similares, establecidos por ley, que brindan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo, sin tener en cuenta la culpa.

La Ley de Florida establece la compensación para los trabajadores en el capítulo 440 de los estatutos de Florida.

Patient Name (Nombre del Paciente): _____

Date of Birth (Fecha de Nacimiento): _____

Claim Number (Numero de Reclamo): _____

The undersigned authorizes the release of the medical information specified below to the following entities:

El suscrito autoriza la divulgación de la información médica especificada a continuación a las siguientes entidades:

USIS/AmeriSys
PO Box 616648
Orlando, FL 32861-6648

Specific Information to be disclosed:

Any and all medical reports, lab reports, surgical records, medical histories, findings, prognoses, office notes, billing records, and other information or documents relating to any medical treatment, hospitalization, prescription drugs, or other services or supplies, including psychiatric treatment or treatment of alcoholism or drug abuse of the injured employee, by any hospital, medical clinic, surgeon, physician, pharmacist or any other provider of medical services, treatment or supplies. This information will be handled according to HIPAA guidelines expressly for the purpose of administering the workers' compensation claim with date of injury.

Información específica para revelar:

Todos y cada uno de los informes médicos, informes de laboratorio, registros quirúrgicos, historiales médicos, hallazgos, pronósticos, notas de consultorio, registros de facturación y otra información o documentos relacionados con cualquier tratamiento médico, hospitalización, medicamentos recetados u otros servicios o suministros, incluido el tratamiento psiquiátrico o tratamiento del alcoholismo o abuso de drogas del empleado lesionado, por parte de cualquier hospital, clínica médica, cirujano, médico, farmacéutico o cualquier otro proveedor de servicios, tratamiento o suministros médicos. Esta información se manejará de acuerdo con las pautas de HIPAA expresamente con el fin de administrar el reclamo de compensación para trabajadores con la fecha de la lesión.

This authorization will expire one year from the date it is executed.

Esta autorización expirará un año después de que se haya ejecutado.

Consent is necessary by parent, guardian or authorized representative.

Consentimiento del pariente, guardián o representante autorizado es necesario.

Employee's Name (Nombre del empleado): _____ **(Please print/letra de molde)**

Signature {Firma): _____ **Date (Fecha):** _____