

HIPAA Authorization for Release of Health Information

By my signature, I do hereby authorize and give permission to all healthcare providers who provide medical care or related services to me, to disclose any of my medical records or other protected health information (such as x-rays, diagnostic test results, MRI test results, physician narratives, physical therapy notes, prescription records and other medical reports) to the following persons duly acting on behalf of the Occupational Injury Plan (the "Plan"): (1) the Executive Vice President of, and any claims adjuster, claims supervisor or authorized staff member for, Sedgwick, and (2) any other person designated by my Employer as Claims Administrator, Final Review Officer or Committee member for the Plan. My permission is also give to such healthcare providers and Plan representatives to fully discuss my diagnosis, treatment, condition, and prognosis. I further authorize such healthcare providers and Plan representatives to use and disclose such information for the purposes specified below to my employer, the McDonald's Owner Operator indicated below ("Employer"), and any medical case manager, repricing company, accounting or payroll representative, insurance agent, insurance carrier, consultant, or attorney.

I understand that the persons listed above will use and disclose my health information for the following purposes: (1) to evaluate and authorize treatment of any alleged injury while working at my Employer; (2) to make a determination of applicable benefits and make payment of Plan benefits, if any (including without limitation pre-authorization and concurrent review of my medical treatment); (3) the assessment of my ability to qualify for leave or return to full/modified duty; and (4) liability and safety evaluations.

By signing below, I understand and acknowledge that (1) this Authorization shall expire on the date upon which I am no longer eligible for Plan benefits; (2) I have a right to revoke this Authorization by contacting in writing my Employer - however, this revocation will not apply to any use or disclosure made prior to my Employer's receipt of my revocation; (3) the Plan may not condition treatment, payment, enrollment or eligibility for benefits solely on whether] sign this Authorization; (4) there is a potential that my protected health information used and disclosed in accordance with this Authorization may be redisclosed by certain persons receiving this information and may then no longer be protected by federal law; and (5) I am entitled to a copy of this Authorization. A photocopy of this Authorization shall be considered as effective as the original.

If Employee is under age 18, a parent or legal guardian must also sign below.

X _____ Employee Signature	_____ / ____ / ____ Date	
_____ Employee Name Printed	_____ - _____ Social Security Number	_____ Store Number
X _____ Parent/Personal Representative (If signed by a personal representative (such as a legal guardian), please describe the representative's authority to act for the Employee: _____)	_____ / ____ / ____ Date	
_____ Name of Owner Operator Employer		

@ Copyright 2003 PartnerSource, Inc.

Send this form with injured employee to your medical provider.

AUTORIZACION PARA DAR A CONOCER INFORMACION DE SALUD DE HIPPA

Por mi firma, autorizo y doy permiso a todos los proveedores de cuidado de la salud que proporcionan cuidado o servicios médicos relacionados conmigo, para dar a conocer cualquiera de mis registros médicos u otra información protegida de la salud (tales como rayos-x, resultados para el diagnostico medico, resultados de examen de MRI, narraciones del medico, notas de terapia física, registros de recetas y todo reporte medico) alas siguientes personas que actúan debidamente a nombre del Plan de Lesión Ocupacional (El "Plan"): (1) El Vicepresidente Ejecutivo, y cualquier ajustador de reclamos, supervisor de reclamos o miembro autorizado del personal, Sedgwick, y (2) cualquier otra persona designada por mi Empleador como Administrador de Reclamos, Oficial de Revisión Final o miembro del Comité para el Plan. Mi permiso es también para que dichos proveedores del cuidado de salud y representantes del Plan discutan totalmente el diagnostico, tratamiento, condición y pronosis. Autorizo, además, para que dichos proveedores del cuidado de salud y representantes del Plan para que usen y den a conocer tal información para los fines que se especifican mas adelante a mi Empleador, al Operador Propietario de McDonald's indicado abajo ("Empleador"), y a cualquier administrador del caso medico, compañía de reajuste de precios, representante de contabilidad o de la nomina de pago, agente de seguro, consultor o abogado.

Entiendo que las personas indicadas anteriormente usaran y darán a conocer mi información de salud para los propósitos siguientes: (1) evaluar y autorizar el tratamiento de cualquier lesión alegada mientras trabajo con mi Empleador; (2) hacer una determinación de los beneficios aplicables y hacer los pagos de los beneficios del Plan, si los hay (incluyendo, sin limitación, una preautorización y revisión concurrente de mi tratamiento medico); (3) la evaluación de mi habilidad para calificar a un permiso de ausencia o a un retorno a deber total/modificado; y (4) evaluaciones de responsabilidad y seguridad.

Al firmar abajo, entiendo y reconozco que (1) esta Autorización expirara en la fecha en la que ya no soy mas elegible para los beneficios del Plan; (2) tengo el derecho de revocar esta Autorización contactando por escrito a mi Empleador - sin embargo, esta revocación no se aplicara al usa o divulgación hecha con anterioridad al recibo de revocación de mi Empleador; (3) el Plan no puede condicionar el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para los beneficios solamente si yo firmo esta Autorización; (4) existe el potencial que mi información de salud que se usa y se da a conocer de acuerdo con esta Autorización pueda ser dada a conocer nuevamente por ciertas personas que reciban esta información y puede que entonces esta información no continúe siendo protegida por la ley federal, y (5) tengo derecho a una copia de esta Autorización. Una fotocopia de esta Autorización tendrá el mismo efecto que el original. Si el Empleado tiene menos de 18 anos de edad, un padre o un guardián legal debe también firmar abajo.

X _____ Firma del Empleado	_____ / ____ / ____ Fecha
_____ Nombre Impreso del Empleado	_____ - _____ - _____ Numero de Seguro Social
X _____ Padre o Madre/Representante Personal (Si se firma por un representante personal (tal como un guardián legal), por favor describa la autoridad del representante para actuar por el Empleado: _____)	_____ / ____ / ____ Fecha
_____ Nombre del Empleador Propietario Operador	

Send this form with injured employee to your medical provider.