

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 uso 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 años 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
	Numero de la Tienda
X _____	_____ / ____ / ____
Padre o Madre/Representante Personal	Fecha
(Si se firma por un representante personal (tal como un guardián legal), por favor describa la autoridad del representante para actuar por el Empleado: _____)	

Nombre del Empleador Propietario Operador	

Send this form with injured employee to your medical provider.