

**EXAMWORKS CLINICAL SOLUTIONS**  
**AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**  
**PROTEGIDA SOBRE LA SALUD DE ACUERDO A LA LEY HIPAA Y DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE**  
Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996)

Por la presente autorizo el uso o divulgación de la información protegida sobre mi salud y otras informaciones tal como se describe a continuación. Comprendo que esta autorización es voluntaria.

Persona/Reclamante: \_\_\_\_\_ SSN de la Persona/Reclamante: \_\_\_\_\_

Dirección de la Persona/Reclamante: \_\_\_\_\_

Número de reclamación Medicare/Seguro de Salud (HICN) #: \_\_\_\_\_ Fecha de la lesión: \_\_\_\_\_

Plan Medicaid/Medicare Advantage #: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Personas/ Entidades autorizadas para proporcionar la información:**

Cualquier plan de salud, médico, profesional de la salud, hospital, clínica, laboratorio, tenedores de información de prescripción, incluyendo pero sin limitarse a farmacias, administradores de beneficios farmacéuticos y aseguradoras, centros médicos, empleador, pagadores de seguros de salud, los Centros de Servicios para Medicare & Medicaid, MiMedicare.gov, la Administración del Seguro Social, Medicaid, el BCRC, o cualquier otro profesional de la salud que haya proporcionado pagos, tratamientos o servicios a mi persona o en mi representación.

**Personas/entidades autorizadas para recibir, usar y divulgar la información:**

1. ExamWorks Clinical Solutions  
2397 Huntcrest Way, Suite 200  
Lawrenceville, Georgia 30043
2. Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) \_\_\_\_\_
3. El Plan Medicare Advantage privado según lo contratado a través de Medicare (CMS): \_\_\_\_\_

**Descripción de la Información:**

1. El expediente médico completo, el historial de prescripciones, los medicamentos prescritos, la elegibilidad, el médico que prescribe, la información de la farmacia, las facturas, la información de cobertura de seguro y cualquier otra información médica protegida relacionada conmigo. Esto incluye información sobre el diagnóstico y/o el tratamiento de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y las enfermedades de transmisión sexual. Esto también incluye información sobre el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades mentales y el consumo de alcohol, drogas y tabaco.
2. Cualquier información que pueda ser solicitada por ExamWorks Clinical Solutions a cualquier persona/entidad autorizada para proporcionar la información, que, a sola discreción de ExamWorks Clinical Solutions sea requerida o necesaria para el propósito de esta Autorización.

**Propósito de la Autorización:**

1. Esta Autorización para el uso o divulgación de la información es a petición de la persona/reclamante.
2. Proporcionar divulgación completa de cualquier información a ExamWorks Clinical Solutions, para que ésta pueda evaluar, determinar y preparar un Medicare Set-Aside (reserva de importe de Medicare), y para completar cualquier otro servicio aplicable y solicitado, incluyendo Investigación de Pagos Condicionales (Garantía de Medicare), Reclamación del Importe Final de Garantía y Negociación de la Garantía, investigación y negociación de las garantías de los Planes Medicaid o Medicare Advantage.
3. Designar a ExamWorks Clinical Solutions como su representante para tener la autoridad para comunicarse con CMS, el BCRC, una agencia estatal de Medicaid y cualquier plan privado Medicare Advantage u Organización Medicare Advantage (como se indica específicamente más arriba) para obtener información del Pago Condicional y para litigar o negociar en mi nombre, cualquier solicitud de Reembolso de Pago Condicional relacionada con el beneficiario de Medicare abajo firmante.

**Reconozco y comprendo lo siguiente:**

1. Que si la persona o entidad autorizada para recibir la información no es un proveedor de plan de salud o de atención médica, la información entregada podría ya no estar protegida por las regulaciones federales de privacidad.
2. Que mi atención médica, el pago de la atención médica, el tratamiento, la matrícula, la elegibilidad para beneficios, o el importe que Medicare paga por los servicios de salud no se verán afectados si no firmo este formulario de autorización.
3. Que puedo ver y copiar cualquier información incluida en este formulario.
4. Que puedo copiar esta Autorización después de firmarla, y que si no puedo hacer una copia del mismo, que puedo solicitar una copia a ExamWorks Clinical Solutions.
5. Que esta Autorización expira luego de la aprobación del Acuerdo de Medicare Set-Aside por el CMS y al completarse cualquier otro servicio.
6. Que puedo revocar esta Autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito a ExamWorks Clinical Solutions, pero que cualquier revocación no tendrá efecto alguno sobre las acciones que hayan sido emprendidas por ExamWorks Clinical Solutions antes de recibir mi revocación.
7. Que toda información médica personal que autorizo a divulgar puede ser objeto de una nueva divulgación y ya no estará protegida por la ley.
8. Que tengo el derecho de negarme a firmar esta Autorización.

*He leído y comprendido el contenido de esta Autorización y he tenido la oportunidad de discutir la misma con un abogado de mi elección. El contenido de esta Autorización confirma y es consistente con mi autoridad, instrucciones o indicaciones dadas a ExamWorks Clinical Solutions, y comprendo que, mediante la ejecución de esta Autorización, estoy autorizando ExamWorks Clinical Solutions, a usar y divulgar, según lo permitido y establecido en el presente documento, cierta información no pública.*

\_\_\_\_\_  
Firma del Reclamante o Representante Legal

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Relación con el Reclamante en caso de Representante Legal

(A excepción de los Representantes Legales que actúen en calidad de uno de los padres del reclamante, una copia del documento en el que se concede al Representante Legal la autoridad para firmar esta Autorización deberá estar adjunta.)

*\* En el caso de que un menor de edad sea el reclamante, la liberación deberá contar con el # de SS del niño, pero firmada por el Padre o Tutor Legal.*