

**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.

Yo, _____ , autorizo a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), sus agentes y sus contratistas a divulgar, analizar y divulgar, verbalmente o por escrito, la información relacionada con la lesión y el acuerdo de mi indemnización laboral (WC, según sus siglas en inglés) al/a los individuo(s) y compañía(s) enumerados a continuación. Este consentimiento es para mi reclamación actual de WC y 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).

MARCAR E INDICAR LO QUE CORRESPONDA:

Abogado del
Reclamante _____
(Nombre y/o firma)

Abogado del
Empleador _____
(Nombre y/o firma)

Compañía Aseguradora de
Indemnización Laboral _____
(Nombre y/o firma)

Otro _____
ExamWorks
(Nombre y/o firma)

Firma del Reclamante

Fecha de la Firma

Fecha de la lesión

Número de Seguro Social o número de Medicare
(Número de Reclamación sobre Seguro de Salud/
(HICN, según sus siglas en inglés)