

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF RECORDS

RECORDS SUBJECT:

Individual:

Social Security Number

Date of Birth:

SERVICE PROVIDER:

Requesting Records from

REQUESTED BY:

Pacific Compensation Insurance Company

Disclosure of records will be provided to:

representing the above Requested By: Pacific Compensation Insurance Company

The Service Provider is directed to make available for copying all records pertaining to the Individual. Including, but not limited to, any and all files, photographs, video and/or audio tapes and/or records for all injuries or conditions in the Service Provider's possession or under the Service Provider's control that is held for any purpose. Nothing shall be removed, deleted, altered or withheld.

If additional items are to be disclosed or not disclosed by Service Provider, you *must* check ALL appropriate boxes.

Release	Do NOT
Records	Release
<input type="checkbox"/>	Records
	<input type="checkbox"/>

All medical records during the care and treatment, hospitalizations, evaluations, testing, examination, office visits, emergency room, lab testing. Including, but not limited to, nurse's notes, operative and pathology reports, emergency room records, surgery records, physical therapy records, inpatient and outpatient charts, MD progress notes, consults, MD orders, discharge summary, prescriptions, EKG, and EMG, EEG.

(continued on page 2)

- | Release
Records | Do NOT
Release
Records | |
|--------------------------|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | All billing records, itemized statements of the billing charges, pertaining to the care, treatment, and examination, showing all charges, expenses, costs and payments. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | All Original X-ray films, MRI films, CT Scans, and film reports. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | All psychiatric, drug and/or alcohol treatment, evaluation, treatment, abuse testing, counseling, rehabilitation records.
INITIAL HERE _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | All mental health information consisting of, but not limited to, all notes, records and reports of psychotherapy diagnosis, evaluation and treatment. INITIAL HERE _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | All employment records, including, but not limited to, payroll records, absenteeism or time off, benefits, applications, and claim records, applications for employment, work absentee records, time cards, incident reports, W-2's, 1099's, pre-employment exam records and employee progress records. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Any and all records, report cards and transcripts, to include all office disciplinary and scholastic records, class schedules, absentee records, medical records, incident reports, teacher comments and any records having to do with physical education or participation in sports or extra-curricular activities from the first date of enrollment to the present. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | All Insurance records, including correspondence, payments, photographs, underwriting and claim records. Including, but not limited to, copies of policies involved, payments made there under, medical records submitted by the company or other physicians. Any and all documents, including, but not limited to, Declarations of Coverage, which evidence compliance with California Financial Responsibility Laws at the time of the accident. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | All HIV test results or any related AIDS virus information.
INITIAL HERE _____ |

At the request of the individual this information will be used for the purpose of aiding the individual and his or her attorney in establishing the liability, nature and extent of a claim for injuries and disabilities and to establish benefits, expenses, compensation and damages. The information provided may be disclosed by the Attorney or

To other parties and/or treating/evaluation physicians for the purpose of prosecuting or defending any claim for which the Attorney has been engaged to pursue or defend. This Authorization does not permit the Service Provider to allow the copying of records by any other copy service or business associate as defined by the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA). This Authorization does not permit disclosure of any information to any person, entity, provider or insurance company other than the copying of the records by a representative of

Any and all Authorizations signed before this Authorization are revoked.

Pacific Compensation Insurance Company designates and authorizes as his/her representative to pursue any and all legal remedies necessary to compel the production of records from the Provider.

A copy of this Authorization is as valid as the original; the original is not required to be shown. The Individual has the right to revoke this Authorization at any time by giving the Provider written notice of revocation of this Authorization. A copy of this signed Authorization will be given to the Individual after it has been signed. The Individual has the right to refuse to sign this Authorization. The provider may not condition treatment, payment, enrollment or eligibility for benefits on whether the Individual signs the Authorization. This authorization shall expire three years from the date of execution below unless a different date is specified here

Date: _____
Individual's signature or Representative

Date: _____
If signed by other than Individual indicate relationship (Parent, Guardian or Conservator)

This authorization was created in 14-point type in accordance with California Legislature Assembly Bill 715.

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR EXPEDIENTES

ASUNTO DEL EXPEDIENTE:

Persona:

Número de seguro social Fecha de nacimiento:

PROVEEDOR DEL SERVICIO:

Solicitamos los expedientes en poder de

SOLICITADOS POR:

Pacific Compensation Insurance Company

La revelación de los expedientes se proporcionará

a: _____, que representa al arriba mencionado **SOLICITADOS POR:** Pacific Compensation Insurance Company

El Proveedor del Servicio deberá poner a disposición todos los expedientes relacionados con la Persona para que sean copiados. Se incluyen, pero sin estar limitados a, cualesquiera y todos los expedientes, fotografías, cintas de video y/o audio y/o los expedientes de todas las lesiones o condiciones en poder del Proveedor del Servicio o bajo el control del Proveedor del Servicio que tuviera para cualquier propósito. Nada deberá ser retirado, borrado, alterado o retenido.

Si el Proveedor del Servicio va a revelar o no va a revelar elementos de información adicionales, deberá marcar TODOS los casilleros apropiados.

NO

Revelará revelará
expedientes expedientes

Todos los expedientes médicos durante el cuidado y tratamiento, hospitalizaciones, evaluaciones, pruebas, exámenes, visitas al consultorio, sala de emergencias, pruebas de laboratorio. Se incluyen, pero sin estar limitados a, notas de enfermeros, informes de cirugía y patología, expedientes de salas de emergencias,

(continúa en la pág. 2)

expedientes quirúrgicos, expedientes de fisioterapia, historia clínica de hospitalizaciones o atención ambulatoria, comentarios del médico sobre la evolución, consultas, órdenes del médico, informe de alta, recetas, electrocardiogramas [EKG, en inglés] y electromiografías [EMG, en inglés], electroencefalogramas [EEG, en inglés].

- Todos los expedientes de facturas, detalles pormenorizados de los cargos facturados relacionados con el cuidado, tratamiento y exámenes que muestren todos los cargos, gastos, costos y pagos.
- Todas las radiografías, filmes de imágenes por resonancia magnética [MRI, en inglés], tomografías axiales computarizadas [CAT scan, en inglés] e informes de estas pruebas.
- Todos los expedientes sobre tratamiento psiquiátrico, uso de drogas, medicamentos y/o alcohol, evaluación, tratamiento, pruebas para detectar el abuso de sustancias, asesoramiento y rehabilitación. **PONGA SUS INICIALES AQUÍ _____**
- Toda la información sobre salud mental, consistente en, sin estar limitada a, todas las notas, expedientes e informes de diagnóstico, evaluación y tratamiento psicoterapéutico. **PONGA SUS INICIALES AQUÍ _____**
- Todos los expedientes de empleo, incluyendo, pero sin estar limitados a, expedientes de pago de planilla, ausentismo o tiempo no trabajado, beneficios, solicitudes, y expedientes de reclamos, solicitudes de empleo, expedientes de ausentismo, tarjeta de control de horas de trabajo, informes de incidentes, formularios W-2, formularios 1099, expedientes de exámenes previos al empleo y expedientes del progreso del empleado.

(continúa en la pág. 3)

NO

Revelará expedientes
revelará expedientes

Cualesquiera y todos los expedientes, tarjeta de desempeño y certificado de calificaciones, los que deberán incluir todos los expedientes disciplinarios de la oficina y académicos, horario de clases, expedientes de inasistencia, expedientes médicos, expedientes de incidentes, comentarios de maestros y cualesquiera expedientes relacionados con educación física o participación en deportes o actividades extracurriculares, desde el primer día del expediente al presente.

Todos los expedientes de seguros, incluyendo la correspondencia, pagos, fotografías, expedientes de suscripción de riesgos y reclamos. Se incluyen, pero sin estar limitados a, copias de las pólizas pertinentes, pagos en virtud de las mismas, expedientes médicos presentados por la compañía u otros médicos. Cualesquiera y todos los documentos, incluyendo, pero sin estar limitados a, Declaraciones de Cobertura, que demuestren cumplimiento con las Leyes de Responsabilidad Financiera de California (California Financial Responsibility Laws) en la fecha del accidente.

Todos los resultados de pruebas para el VIH o cualquier información relacionada con el virus del SIDA.
PONGA SUS INICIALES AQUÍ _____

A solicitud de la persona, esta información será usada con el propósito de ayudar a la persona y a su abogado a establecer la responsabilidad, naturaleza y alcance de algún reclamo por lesiones e incapacidades y para establecer beneficios, gastos, compensación y daños. La información proporcionada puede ser divulgada por el Abogado o a terceros y/o a los médicos encargados del tratamiento/la evaluación con el propósito de presentar una acción judicial o de defender cualquier demanda que el Abogado haya sido contratado para procesar o defender. Esta Autorización no permite al Proveedor del Servicio dar acceso a otro servicio de copiado o asociado comercial para que copie los expedientes, de conformidad con la definición de la Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) [Ley de Transferencia y Responsabilidad sobre el Seguro de Salud].

(continúa en la pág. 4)

Esta autorización no permite la revelación de ninguna información a ninguna persona, entidad, proveedor o compañía de seguros que no sea copiar los expedientes por un representante de _____ . Cualesquiera y todas las Autorizaciones firmadas con anterioridad a esta Autorización quedan revocadas.

Pacific Compensation Insurance Company designa y autoriza a _____ como su representante para que haga uso de cualesquiera y todos los recursos legales necesarios que obliguen al Proveedor a la presentación de los expedientes.

La copia de esta Autorización tiene la misma validez que la del original; no se requiere presentar el original. La Persona tiene derecho a revocar esta Autorización en cualquier momento mediante la notificación, por escrito, al Proveedor sobre la revocación de esta Autorización. Después de firmada se dará a la Persona una copia de esta Autorización firmada. La Persona tiene derecho a rehusarse a firmar esta Autorización. El Proveedor no puede condicionar el tratamiento, pago, inscripción o calificaciones para recibir beneficios basándose en si la Persona firma la Autorización. Esta Autorización expirará a los tres años contados desde la fecha de ejecución, a menos que se fije una fecha diferente aquí

Fecha: _____
_____ *Firma de la Persona o su Representante*

Fecha: _____
_____ *Si firma un tercero que no sea la Persona, indique la relación (Padre/Madre, Tutor Legal o Curador Legal)*

Esta autorización fue escrita con carácter tipográfico No. 14 de acuerdo con el Proyecto de Ley 715 del Poder Legislativo de California.

