

## 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)

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

(continúa en la pág. 4)

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]. 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.

**Nombre del reclamante:**

**Fecha de la lesión:**

**Titular de la póliza:**

Por favor indique los nombres de todos los consultorios y/o médicos que le hayan proporcionado tratamiento en los últimos 10 años:

<b>Nombre del médico</b>	<b>Dirección</b>	<b>Teléfono #</b>