

Consentimiento para la divulgación de información médica

Empleado

Por la presente autorizo a los representantes de Insured Solutions a obtener y revisar copias de todos los registros médicos relacionados con cualquier lesión actual o pasada o relacionada con mi historial médico. Cualquier información pertinente será discutida con otros profesionales involucrados en mi tratamiento médico y cualquier institución que, a través del “Programa de Compensación de Trabajadores” o de otra manera, esté pagando la totalidad o parte de los costos asociados con mi atención médica.

Nombre impreso del empleado

Numero de Seguro Social

Número de Teléfono

Número de Reclamo

Nombre del Empleado

Fecha del accidente

Firma del Empleado: _____

Fecha: _____

Si tiene alguna pregunta o inquietud, no dude en llamar al Departamento de Reclamaciones o Control de Pérdidas de Insured Solutions.

**Por favor enviar esta documentación por Fax (480) 289-6220 ó
Co WCNewClaims@InsuredSolutions.net**