

**AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA LA LIBERACIÓN
DE INFORMACIÓN AL PROVEEDOR DE REHABILITACIÓN
CATASTRÓFICA**

Re: Nombre del Paciente: _____ **SS#** _____

Fecha del Accidente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

El propósito de este documento, o una fotocopia del mismo, es permitir que la entidad, facilidad, o profesional médico indicado más arriba revele información a _____, proveedor de rehabilitación catastrófica certificada por la Junta, de acuerdo con las pertinentes leyes estatales y federales. Además, este documento también permite que el proveedor de rehabilitación catastrófica arriba indicado recoja y use la información necesaria para cumplir con sus obligaciones según O.C.G.A. §34-9-200.1 y Regla de la Junta (Board Rule) 200.1.

A. Liberación Médica: Esta liberación autoriza al proveedor de rehabilitación para obtener todos los documentos médicos que sean necesarios para otorgar alivio, provocar un remedio o devolver el empleado a un empleo adecuado según O.C.G.A. §34-9-200(a), de cualquier profesional médico que haya hecho un reconocimiento médico, tratado, o analizado al empleado o haya sido consultado sobre la salud física o mental o el estado vocacional del empleado. Los documentos que se pueden conseguir incluyen los para el reconocimiento, tratamiento, análisis o consulta acerca del empleado con respecto a la fecha del accidente indicada más arriba, incluyendo pero no limitado a los de los psicólogos y psiquiatras.

B. Uso de Información: Este formulario permite que el proveedor de rehabilitación indicado más arriba use cualquiera y toda la conseguida información médica y vocacional que sea necesaria para cumplir con las obligaciones del proveedor de rehabilitación según O.C.G.A. §34-9-200.1 o Regla de la Junta (Board Rule) 200.1. Copias de cualquier documento o archivo provisto al empleador/asegurador debe ser provisto simultáneamente al empleado o al abogado del empleado cuando sea representado.

El paciente le libra completamente a la entidad, facilidad, o profesional médico de cualquiera y toda responsabilidad que pueda resultar de la liberación de tal información. Esta liberación es conforme a las regulaciones federales (42 CFR Part 2), y a la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros Médicos de 1996 (Health Insurance

Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA)), 45 CFR 164.512(1), que dice como sigue: *La entidad cubierta puede liberar información médica protegida como autorizada por y hasta el punto que sea necesario para cumplir con las leyes relacionadas con compensación de trabajadores u otros programas semejantes, establecidos por ley, que provean beneficios por enfermedades o heridas relacionadas con el trabajo sin importar la culpa.* Cualquier persona que reciba información conforme a este documento la reciba bajo toda la protección de las leyes federales y estatales que beneficien al empleado.

C. Derecho del Demandante a Reconocimiento Privado: El empleado tiene el derecho a un reconocimiento físico privado y/o consulta con el proveedor médico. El empleado está de acuerdo en que el proveedor de rehabilitación puede reunirse con el medico y el empleado después de un reconocimiento físico privado y/o consulta, a condición que, a solicitud específica, se le avise razonablemente al abogado del empleado de la fecha y la hora de la cita.

Esta liberación y conocimiento vencerá al cierre de rehabilitación, al despedido del proveedor de rehabilitación, y/o al aviso del empleado por escrito de su revocación, cualquiera que suceda primero.

Acordado:

Firma: _____ **Fecha:** _____

Testigo: _____ **Fecha:** _____

Proveedor: _____ **Fecha:** _____

Una fotocopia de esta autorización se considerará tan efectiva y válida como el original.