

Injury Reporting

Autorización Para Obtener Información

AUTORIZO a cualquier médico matriculado, médico clínico, enfermera, farmacéutico, hospital, clínica u otra institución médica o relacionada con la medicina, compañía de seguros o reaseguros, agencia de información sobre el consumidor, empleador o ex empleador que cuente con algún dato sobre el diagnóstico, tratamiento o pronóstico de cualquier condición física o mental referida a mi persona y cualquier dato con respecto a mi profesión y salario, a brindar tal información a Missouri Employers Mutual Insurance (Compañía de Seguros Mutuos de Empleadores de Missouri), sus empleados, asesores de empleados/aseguradores, reaseguradores, cualquier Organización de cuidados administrados de salud y la División de Compensación al trabajador ante la cual estoy presentando un reclamo.

ENTIENDO que la información obtenida mediante esta autorización será utilizada por la compañía para determinar mi elegibilidad para recibir los beneficios de Compensación al trabajador. Cualquier información obtenida no será revelada a ninguna persona u organización excepto a otras personas u organizaciones que desempeñen un servicio legal o comercial relacionado con mi reclamo, o bajo otras circunstancias, conforme a lo permitido o requerido por la ley. La divulgación de mi Información de Salud Protegida (PHI) a una persona u organización no sujeta a la ley federal sobre privacidad, que luego vuelva a revelar mi Información de Salud Protegida, puede implicar que las protecciones otorgadas por las leyes federales sobre privacidad ya no sean aplicables.

ENTIENDO que la información contenida en estos registros puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información sobre servicios de salud mental o del comportamiento y el uso o abuso de drogas o alcohol. **POR EL PRESENTE ACEPTO Y AUTORIZO** al proveedor de registros médicos a divulgar y brindar registros que contengan esta información a Missouri Employers Mutual Insurance.

AUTORIZO MEM para hablar de mi información de salud con mi médico autorizado el tratamiento, el médico de la evaluación y / o proveedor de atención médica y con mi empleador y sus representantes y agentes a los efectos de la gestión y la resolución de mi caso, la remuneración del trabajador(s).

SOY CONSCIENTE que puedo solicitar que me envíen una copia de esta autorización.

DOY MI CONSENTIMIENTO para que la fotocopia de esta autorización tenga la misma validez que el original.

DOY MI CONSENTIMIENTO para que la presente autorización tenga validez durante el período de este reclamo, a menos que yo decida anular esta autorización por escrito.

ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DEL EMPLEADO LESIONADO : _____

FIRMA DEL EMPLEADO LESIONADO O DE SU REPRESENTANTE AUTORIZADO: _____

DATE: _____

*** Nota al proveedor de registros médicos:**

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) indica expresamente que no se requiere consentimiento o autorización de un paciente para divulgar los registros cuando la solicitud se efectúa de acuerdo con las leyes sobre Compensación al trabajador. Véase 45 CFR Artículo 164.512(1). Este pedido de registros se efectúa de acuerdo con la Ley de Compensación al trabajador de Missouri, Artículo 287.140 RSMo., inciso 7 y Artículo 287.210 RSMo., incisos 5 y 6.

Enviar el formulario completo a:

Missouri Employers Mutual Insurance
PO Box 1810, Columbia, MO 65205

Fax: 1.800.442.0597

Email: claims@mem-ins.com