



AUTORIZACIÓN PARA USO Y DIVULGACIÓN DE EXPEDIENTES DE TRATAMIENTOS PSIQUIÁTRICOS, DE ALCOHOL Y/O DROGAS Y/O PRUEBAS DE VIH

RECLAMO NO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE PACIENTE/EMPLEADO LESIONADO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE PACIENTE/EMPLEADO LESIONADO: \_\_\_\_\_

NO. DE TEL. DE PACIENTE/EMPLEADO LESIONADO: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO DE PACIENTE/EMPLEADO LESIONADO: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ [Empleado lesionado/paciente o beneficiario/representante de empleado lesionado/paciente fallecido ya mencionado] autorizo por medio de la presente a los siguientes proveedores médicos:

Table with 2 columns: Nombre del proveedor médico, Dirección. Rows 1-5.

a que divulgue y utilice la información médica como se indica a continuación en relación con el cuidado médico para mí, a:

STATE COMPENSATION INSURANCE FUND

y sus representantes autorizados, incluyendo pero sin limitarse a, abogados, ajustadores de reclamos, investigadores y médicos de consulta.

Propósito: Comprendo que la información médica que será entregada conforme a esta autorización médica puede ser utilizada o divulgada por State Compensation Insurance Fund sólo de forma relacionada con cualquier reclamo hecho de mi parte o en mi nombre por beneficios de compensación a los trabajadores en los cuales State Compensation Insurance Fund es la aseguradora de compensación a los trabajadores o de cualquier otra forma específicamente autorizada por la ley.

Duración: Esta autorización médica será válida desde la fecha de la firma y seguirá vigente por la duración del reclamo, en cuyo momento la autorización expirará sin ningún aviso posterior ni condición. [Código de seguros de California §791.06(g)(2)(B)]

DISTRIBUTION-ORIGINAL TO STATE FUND INJURED EMPLOYEE - PLEASE KEEP A COPY FOR YOUR RECORDS

DISTRIBUCIÓN-ORIGINAL PARA STATE FUND EMPLEADO LESIONADO - FAVOR DE GUARDAR UNA COPIA PARA SUS REGISTROS



AUTORIZACIÓN PARA USO Y DIVULGACIÓN DE EXPEDIENTES DE TRATAMIENTOS PSIQUIÁTRICOS, DE ALCOHOL Y/O DROGAS Y/O PRUEBAS DE VIH

RECLAMO NO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE PACIENTE/EMPLEADO LESIONADO: \_\_\_\_\_

Revocación: Esta autorización médica puede ser revocada por escrito en cualquier momento antes de la divulgación de información por parte del proveedor de cuidado de la salud. La revocación por escrito no afectará ninguna acción tomada con base en esta autorización antes de que la revocación por escrito haya sido recibida. Toda revocación debe ser enviada a State Compensation Insurance Fund, con atención para: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ (escribir dirección aquí)

Esta autorización médica o su revocación no afectan a divulgaciones que son requeridas o permitidas por la ley sin autorización, ya que conciernen a las leyes relativas a la compensación a los trabajadores y otros programas similares, establecidas por ley, que proporcionan beneficios para lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo sin tener en cuenta la culpa.

Especificar expedientes que serán utilizados o divulgados:

Marque la casilla y ponga sus iniciales en el tipo de información que será utilizada o divulgada a State Compensation Insurance Fund:

- Informes de salud mental y psiquiátricos, y expedientes de tratamiento Iniciales aquí \_\_\_
Información de drogas/alcohol Iniciales aquí \_\_\_
Resultados de cualquier prueba de VIH Iniciales aquí \_\_\_
Otro (especificar) \_\_\_\_\_ Iniciales aquí \_\_\_

DISTRIBUTION-ORIGINAL TO STATE FUND
INJURED EMPLOYEE - PLEASE KEEP A COPY FOR YOUR RECORDS

DISTRIBUCIÓN-ORIGINAL PARA STATE FUND
EMPLEADO LESIONADO - FAVOR DE GUARDAR UNA COPIA PARA SUS REGISTROS



AUTORIZACIÓN PARA USO Y DIVULGACIÓN DE EXPEDIENTES DE TRATAMIENTOS PSIQUIÁTRICOS, DE ALCOHOL Y/O DROGAS Y/O PRUEBAS DE VIH

RECLAMO NO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE PACIENTE/EMPLEADO LESIONADO: \_\_\_\_\_

**Divulgación de terceros:** La información divulgada conforme a esta autorización pudiera ser divulgada nuevamente por el receptor según lo permite la ley.

**No proporcionar la autorización.** Observe que, excepto cuando se excluye por ley y según conciernan a las leyes y exclusiones de compensación a los trabajadores, el tratamiento o la elegibilidad para los beneficios de compensación a los trabajadores no será condicionado por su aceptación o rechazo de esta autorización.

Autorizo por medio de la presente al uso y divulgación de mi información médica como se establece en esta Autorización Médica a State Compensation Insurance Fund y cualquiera de sus representantes autorizados, incluyendo, pero sin limitarse a abogados, ajustadores de reclamos, investigadores y médicos de consulta.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Empleado Lesionado o Beneficiario/  
Representante de Paciente Fallecido

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Escriba con letra de molde el nombre y el parentesco de la parte que firma si no es el paciente/Empleado Lesionado

Comprendo que tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización y por medio de la presente reconozco que recibí una copia fiel de esta autorización médica.

Una copia duplicada, copia fotostática o una réplica de esta **autorización** médica auténtica serán tan válidas como el original.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Empleado Lesionado o Beneficiario/  
Representante de Paciente Fallecido

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Escriba con letra de molde el nombre y el parentesco de la parte que firma si no es el paciente/Empleado Lesionado

DISTRIBUTION-ORIGINAL TO STATE FUND  
INJURED EMPLOYEE - PLEASE KEEP A COPY FOR YOUR RECORDS

DISTRIBUCIÓN-ORIGINAL PARA STATE FUND  
EMPLEADO LESIONADO - FAVOR DE GUARDAR UNA COPIA PARA SUS REGISTROS



AUTORIZACIÓN PARA USO Y DIVULGACIÓN DE  
EXPEDIENTES DE TRATAMIENTOS PSIQUIÁTRICOS,  
DE ALCOHOL Y/O DROGAS Y/O PRUEBAS DE VIH

RECLAMO NO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE PACIENTE/EMPLEADO LESIONADO: \_\_\_\_\_

**Información referente a la exclusión de HIPAA de la compensación a los trabajadores**

---

State Compensation Insurance Fund reconoce los requerimientos de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés) que los proveedores médicos deben seguir para proteger la privacidad de los pacientes. La compensación a los trabajadores está excluida de forma específica de los reglamentos de HIPAA. Debido a que el gobierno federal excluyó la compensación a los trabajadores de la HIPAA, nosotros no prevemos un cambio en la forma de obtener la información médica de los proveedores médicos.

Conforme al Título 45 del Código de Reglamentos Federales (CFR), Parte 164.512, Sección (1), un proveedor médico puede divulgar información protegida de la salud a State Fund según lo autorice hasta donde sea necesario para cumplir con las leyes relativas a la compensación a los trabajadores de California. La ley dice lo siguiente:

"1) **Estándar: divulgaciones para compensación a los trabajadores.** Una entidad cubierta puede divulgar información protegida según lo autorice y hasta donde sea necesario para cumplir con las leyes relativas a la compensación a los trabajadores u otros programas similares, establecidos por ley, que proporcionen beneficios para lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo, sin tener en cuenta la culpa."

Además, la Ley de Servicios de Salud Pública, Título 42 del Código de los Estados Unidos, Parte C, Sección 300gg-91(c)(1) "Definiciones", establece que la compensación a los trabajadores está como un beneficio exceptuado, y por lo tanto exento de HIPAA.