Divulgación limitada de información sobre la salud

C-3.3

(HIPAA)

Estado de Nueva York - Junta de Compensación Obrere (WCB)

WCB Case Number (if you know it) (Numero de caso WCB [si lo sabe])

Al reclamante: Si usted recibió tratamiento por una lesión anterior en la misma parte del cuerpo o por una enfermedad similar a la que motiva ahora su reclamación, complete este formulario. Este formulario les permite a los proveedores de salud que usted señala a continuación divulgar a la compañía de seguros de compensación obrera de su empleador la información sobre su salud relacionada con su lesión/enfermedad anterior. La Ley federal HIPAA (Ley de portabilidad y responsabilidad del seguro de salud de 1996) establece que usted tiene derecho a recibir una copia de este formulario. Si no comprende este formulario, hable con su representante legal. Si no tiene un representante legal, el Representante de los obreros lesionados de la Junta de Compensación Obrera puede ayudarlo. Llame al 800-580-6665.

Al proveedor de salud: Una copia de esta divulgación, redactada según lo que establece la ley HIPAA, le permite divulgar información sobre la salud. Si envía los registros al asegurador de compensación obrera del empleador en respuesta a la presente divulgación, también debe enviar por correo copias al representante legal del reclamante. (Si a continuación no se especifica un representante legal, envíe las copias al reclamante). Los proveedores de salud que divulgan los registros deben cumplir con las leyes del estado de Nueva York y la HIPAA.

Esta divulgación es:

- **Voluntaria.** Su(s) proveedor(es) de salud deben otorgarle la misma atención, condiciones de pago y beneficios, independientemente de que usted firme este formulario o no.
- **Limitada.** Le otorga a su(s) proveedor(es) de salud permiso para divulgar únicamente los registros médicos que se relacionen con la enfermedad/afección anterior que usted describe a continuación.
- **Temporal.** Termina cuando se otorgue o desestime su actual reclamación de compensación y se hayan agotado todas las apelaciones.
- **Revocable.** Usted puede cancelar esta divulgación en cualquier momento.Para hacerlo, envíe una carta al (a los) proveedor(es) de salud que se indican en este formulario. Además, envíe una copia de su carta a la compañía de seguros de compensación obrera de su empleador y a la Junta de Compensación Obrera. Nota: No podrá cancelar esta divulgación en lo que se refiere a registros médicos que ya se hayan provisto.
- **Solamente para registros.** Le otorga a su(s) proveedor(es) de salud que se indica(n) en este formulario permiso para enviar copias de sus registros de salud a la compañía de seguros de compensación obrera de su empleador.

Este formulario NO autoriza a su(s) proveedor(es) de salud a divulgar los siguientes tipos de información:

- **Información relacionada con el VIH**
- **Notas de terapia psicológica**
- **Tratamientos por abuso de alcohol o drogas**
- **Tratamiento de salud mental** (a menos que usted lo indique a continuación)
- **Información verbal** (sus doctores no pueden hablar con nadie sobre su información de salud)

Los registros médicos divulgados se incorporarán a su expediente de compensación obrera y son confidenciales conforme a la Ley de compensación obrera.

A. YOUR INFORMATION (Claimant) INFORMACIÓN PERSONAL (Reclamante)

1. Name (Nombre)
2. Social Security Number (Número de seguro social)
3. Mailing Address (Dirección postal)
4. Date of Birth (Fecha de nacimiento)
5. Date of the current injury/illness (Fecha de la lesión/enfermedad actual)
6. Current injury/illness, including all body parts injured (Descripción de la lesión/enfermedad actual, incluyendo todas las partes del cuerpo lesionadas)
7. Your legal representative's name and address (if any) (Nombre y dirección de su representante legal [si corresponde])

Check here if you allow your health provider(s) to release **mental health care** information. *(Marque aquí si autoriza a su(s) proveedor(es) de salud a divulgar información sobre* **tratamientos de salud mental**.)

B. YOUR HEALTH CARE PROVIDERS (if more than 2 providers, attach their contact information to this form. SU(S) PROVEEDOR(ES) DE SALUD (Si son más de 2 proveedores, adjunte su información de contacto a este formulario.)

1. Provider (Proveedor de salud)
2. Phone Number (No de teléfono)
3. Mailing Address (Dirección postal)
4. Other provider (if any) (Otro proveedor [si corresponde])
5. Phone Number (No de teléfono)
6. Mailing Adress (Dirección postal)

C. READ AND SIGN BELOW

I hereby request that the health care provider(s) listed above give my employer's workers' compensation insurer copies of health records related to the previous injury/illness described above. **LEA Y FIRME A CONTINUACIÓN.** Por la presente le solicito al (a los) proveedor(es) de salud que se indican anteriormente que le entreguen a la compañía de seguros de compensación obrera de mi empleador copias de los registros médicos relacionados con la lesión/enfermedad anterior que se describe anteriormente.

XXXX