

FORMA DE CONSENTIMIENTO PARA LIBERAR INFORMACIÓN

El Acto de Privacidad de 1974 (Ley Pública 93-579) prohíbe que el gobierno revele información de archivos personales sin el permiso expreso por escrito de la persona implicada. El acceso de expedientes personales al abogado u otro representante que está actuando a nombre de otra persona se prohíbe, a menos que el individuo a quien el expediente pertenezca de consentimiento.

Yo, _____ [Nombre], autorizo que el Centro de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), sus agentes y/o contratistas a tener acceso, a discutir, y/o liberar, oralmente o por escrito, la información relacionada con mi lesión de compensación para el trabajador y/o el establecimiento con los individuos y/o las compañías enumeradas abajo. Este consentimiento es para mi demanda actual de compensación para el trabajador y es sobre una base continua. Una Forma de Consentimiento Para Liberar Información adicional no es necesaria a menos que o hasta que revoque esta autorización (que debe ser por escrito).

También autorizo a Los Servicios de FARA Healthcare a obtener / liberar cualquier información que se relacione con la coordinación de mi Medicare Set-Aside.

POR FAVOR MARQUE:

Abogado del Demandante _____

Abogado del Patrón _____

Workers' Compensation Carrier _____

Otro _____

Firma de Demandante

Fecha firmada

Fechas de lesión

Número de Seguridad Social