

**ADMINISTRACIÓN DE LA COMPENSACIÓN DE LOS TRABAJADORES DE NUEVO MÉXICO
AUTORIZACIÓN DEL TRABAJADOR PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE REGISTROS DE SALUD**

Trabajador(a)/Paciente NOMBRE COMPLETO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: XXX-XX-_____

SOLAMENTE PARA REFERENCIA DE WCA: Fecha(s) de la(s) lesión(es): _____

Número de expediente del caso de WCA: _____

INSTRUCCIONES DE USO: De acuerdo con la Sección 52-10-1 NMSA 1978, un proveedor de atención médica de compensación de los trabajadores no requerirá una autorización médica firmada, de ninguna forma, para registros que estén directamente relacionados con cualquier lesión o discapacidad en el lugar de trabajo reclamada por un trabajador lesionado. Los costos para copiar registros están sujetos a las tarifas de servicios no-clínicos establecidas por la Administración y no excederán de \$1.00 por página para las primeras diez (10) páginas o hasta veinte centavos (\$0.20) por cada página después de eso. Se puede usar una copia de esta autorización como el original.

Este formulario es obligatorio al presentar una queja. Si necesita ayuda para completar este formulario, póngase en contacto con un ombudsman (866) 967-5667.

DIVULGACIÓN DE REGISTROS DE ATENCIÓN MÉDICA

Yo, (Nombre de trabajador(a)) _____, por la presente autorizo al siguiente proveedor de atención médica (HCP, por sus siglas en inglés) o centro designado a divulgar mis registros de atención médica con el PROPÓSITO DE facilitar y evaluar mi Reclamo de Compensación de los Trabajadores que surge de las presuntas lesiones o enfermedades en el lugar de trabajo que ocurrieron en la(s) fecha(s) de la(s) lesión(es) anotada(s) anteriormente.

Proveedor o centro: _____

Dirección: _____

Número de teléfono.: _____

Autorizo la divulgación de los siguientes registros (marque la casilla, según corresponda): **TODOS LOS REGISTROS** **FECHAS ESPECÍFICAS**
proporcionar un rango de fechas para los registros autorizados a ser divulgados _____

DIVULGACIÓN DE REGISTROS ESPECÍFICOS DE ATENCIÓN MÉDICA

YO AUTORIZO ADEMÁS LA DIVULGACIÓN DE REGISTROS QUE PUEDAN CONTENER INFORMACIÓN SOBRE LO SIGUIENTE: (marque las que puedan aplicarse).

Tratamiento por abuso de alcohol y/o sustancias Enfermedades de transmisión sexual VIH o SIDA

Salud mental o conductual, incluyendo psiquiátrica o psicológica Registros del Programa de Cannabis Medicinal del Departamento de Salud

Firma de trabajador(a) / paciente / representante personal

Fecha

PERSONA/ENTIDAD AUTORIZADA PARA RECIBIR REGISTROS

Yo autorizo que los registros se divulguen a mi empleador, el asegurador de mi empleador, mi abogado(a) o representante, el(la) abogado(a) o representante de mi empleador/asegurador y los proveedores de Examen Médico Independiente (IME, por sus siglas en inglés).

(Para ser completado por el(los) destinatario(s) autorizado(s)): Registros para ser Recogidos Enviados por correo Enviados por correo electrónico Enviados por fax Otro (especifique): _____

Destinatario(s) autorizado(s): _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Fax/Correo electrónico: _____

VENCIMIENTO y
CONDICIONES

YO ENTIENDO QUE ESTA AUTORIZACIÓN ES VOLUNTARIA Y QUE PUEDO NEGARME A FIRMARLA Y TAL NEGACIÓN A FIRMAR PUEDE NO AFECTAR MI TRATAMIENTO O SERVICIOS, EXCEPTO SEGÚN LO PERMITIDO POR LA LEY. ESTA AUTORIZACIÓN SE LIMITA AL USO Y DIVULGACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS Y NO SE RENUNCIA A NINGÚN PRIVILEGIO DEL MÉDICO PACIENTE SIN MI AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO POR SEPARADO. ESTA AUTORIZACIÓN SERÁ VÁLIDA POR DOS (2) AÑOS A PARTIR DE LA FECHA DE MI FIRMA. ENTIENDO QUE LA INFORMACIÓN DIVULGADA CONFORME CON ESTA AUTORIZACIÓN PUEDE SER REDIVULGADA POR EL(LOS) DESTINATARIO(S). PUEDO REVOCAR ESTA AUTORIZACIÓN EN CUALQUIER MOMENTO NOTIFICANDO AL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA O AL CENTRO POR ESCRITO; UNA COPIA DE CUALQUIER REVOCACIÓN DEBE SER PROPORCIONADA AL(LOS) DESTINATARIO(S). A PETICIÓN MÍA, TENGO DERECHO A UNA COPIA DE LA AUTORIZACIÓN FIRMADA.

Firma de trabajador(a) / paciente

Fecha

Firma de representante personal (si hay alguno(a))

Fecha

Nombre impreso de representante personal

Relación con trabajador(a) / paciente

**NEW MEXICO WORKERS' COMPENSATION ADMINISTRATION
WORKER'S AUTHORIZATION FOR USE AND DISCLOSURE OF HEALTH RECORDS**

Worker/Patient FULL NAME: _____ DOB: _____ SSN: XXX-XX-_____

FOR WCA REFERENCE ONLY: Date/s of Injury: _____ WCA Case File Number: _____

INSTRUCTIONS FOR USE: In accordance with Section 52-10-1 NMSA 1978, a workers' compensation health care provider shall not require a signed medical authorization, in any form, for records that are directly related to any workplace injuries or disabilities claimed by an injured worker. Costs for copying records are subject to non-clinical services fees set by the Administration, and shall not exceed \$1.00 per page for the first ten (10) pages or up to twenty-cents (\$0.20) for each page thereafter. A copy of this authorization may be used as an original.

Este formulario es obligatorio al presentar una queja. Si necesita ayuda para completar este formulario, póngase en contacto con un ombudsman (866) 967-5667.

RELEASE OF HEALTH CARE RECORDS

I, (Worker's Name) _____, hereby authorize the following health care provider (HCP) or named facility to release my health care records for the **PURPOSE OF** facilitating and evaluating my Worker's Compensation Claim that arises from alleged workplace injuries or illnesses that occurred on the above date/s of injury.

Provider or Facility:	
Address:	
Telephone No.:	

I authorize the following records released (check box, as appropriate): **ALL RECORDS** **SPECIFIC DATES**
provide a date range for records authorized to be released _____

RELEASE OF SPECIFIC HEALTH RECORDS

I FURTHER AUTHORIZE THE RELEASE OF RECORDS THAT MAY CONTAIN INFORMATION ABOUT THE FOLLOWING: (check any that may apply).

- Treatment for alcohol and/or substance abuse Sexually transmitted diseases HIV or AIDS
 Behavioral or Mental Health, including Psychiatric or Psychological Records of the Department of Health Medical Cannabis Program

Signature of Worker/Patient/Personal Representative

Date

PERSON/ENTITY AUTHORIZED TO RECEIVE RECORDS

I authorize records be released to my employer, my employer's insurer, my attorney or representative, my employer/insurer's attorney or representative, and IME providers.

(To be completed by authorized recipient/s): Records to be Picked Up Mailed Emailed Faxed Other (specify): _____

Authorized Recipient/s:	
Address:	
Telephone No.:	
Fax/Email:	

**EXPIRATION and
CONDITIONS**

I UNDERSTAND THAT THIS AUTHORIZATION IS VOLUNTARY AND THAT I MAY REFUSE TO SIGN IT AND SUCH A REFUSAL TO SIGN MAY NOT AFFECT MY TREATMENT OR SERVICES, EXCEPT AS PERMITTED BY LAW. THIS AUTHORIZATION IS LIMITED TO USE AND DISCLOSURE OF MEDICAL RECORDS AND DOES NOT WAIVE ANY PATIENT DOCTOR PRIVILEGE WITHOUT MY SEPARATE AUTHORIZATION AND CONSENT. THIS AUTHORIZATION IS TO BE VALID FOR TWO (2) YEARS FROM THE DATE OF MY SIGNATURE. I UNDERSTAND THAT INFORMATION DISCLOSED PURSUANT TO THIS AUTHORIZATION MAY BE REDISCLOSED BY THE RECIPIENT/S. I MAY REVOKE THIS AUTHORIZATION AT ANY TIME BY NOTIFYING THE HEALTH CARE PROVIDER OR FACILITY IN WRITING; A COPY OF ANY REVOCATION SHOULD BE PROVIDED TO THE RECIPIENT/S. UPON MY REQUEST, I AM ENTITLED TO A COPY OF THE SIGNED AUTHORIZATION.

Signature of Worker/Patient

Date

Signature of Personal Representative (if any)

Date

Printed Name of Personal Representative

Relationship to Worker/Patient