

# Consentimiento para la divulgación de información médica

## Empleado

Por la presente autorizo a los representantes de Human Capital a obtener y revisar copias de todos los registros médicos relacionados con cualquier lesión actual o pasada o relacionada con mi historial médico. Cualquier información pertinente será discutida con otros profesionales involucrados en mi tratamiento médico y cualquier institución que, a través del "Programa de Compensación de Trabajadores" o de otra manera, esté pagando la totalidad o parte de los costos asociados con mi atención médica.

\_\_\_\_\_  
**Nombre impreso del empleado**

\_\_\_\_\_  
**Numero de Seguro Social**

\_\_\_\_\_  
**Número de Teléfono**

\_\_\_\_\_  
**Número de Reclamo**

\_\_\_\_\_  
**Nombre del Empleado**

\_\_\_\_\_  
**Fecha del accidente**

**Firma del Empleado:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

Si tiene alguna pregunta o inquietud, no dude en llamar al Departamento de Reclamaciones o Control de Pérdidas de Human Capital.

**Por favor enviar esta documentación por Fax (480) 289-6220 ó  
Co [WCNewClaims@Human-Capital.com](mailto:WCNewClaims@Human-Capital.com).**