

**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