

**LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA TIENE FINES INFORMATIVOS ÚNICAMENTE Y NO CONSTITUYE APROBACIÓN DEL SERVICIO, ACEPTACIÓN DE RESPONSABILIDAD O ASESORAMIENTO LEGAL.**

## ¿Qué es la autorización médica de la WCA?

Este es un formulario que usted completará para proporcionar autorización por escrito a New Mexico Mutual (la compañía de seguros) para recolectar registros médicos relacionados con su lesión de compensación laboral.

## ¿Por qué necesito completar esto?

Para que la compañía de seguros pueda recolectar información médica pertinente relacionada con su reclamo para beneficios de Compensación Laboral.

## Instrucciones para completar el formulario:

### 1 **Sección 1: Esta parte del formulario se ha completado previamente con su nombre, fecha de nacimiento, número de seguro social y fecha de la lesión.**

No es necesario completar el número de expediente de caso de la WCA.

#### **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.*

### 2 **Sección 2: La liberación de registros médicos**

- \* Su nombre se ha completado previamente en la parte superior de esta sección.
- \* Proveedor: No es necesario completarlo. Al dejar esta sección en blanco, completaremos el proveedor con sala de emergencias, rayos X/radiología, ortopedia, etc.
- \* No es necesario especificar las fechas del servicio; puede dejar este campo en blanco.

#### **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 \_\_\_\_\_

3

### Sección 3: La liberación de registros médicos específicos.

Puede omitir esta sección a menos que alguna de las selecciones se aplique a su lesión específica y/o sea solicitada por su ajustador.

**\* Sólo si ha seleccionado una o más casillas, deberá firmar y fechar esta sección. No firme de lo contrario.**

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).	
<input type="checkbox"/> Tratamiento por abuso de alcohol y/o sustancias	<input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual
<input type="checkbox"/> Salud mental o conductual, incluyendo psiquiátrica o psicológica	<input type="checkbox"/> VIH o SIDA
<input type="checkbox"/> Registros del Programa de Cannabis Medicinal del Departamento de Salud	
Firma de trabajador(a) / paciente / representante personal	Fecha

4

### Sección 4: Persona/Entidad autorizada para recibir registros

Por favor escriba, New Mexico Mutual  
PO Box 27810  
Albuquerque, NM 87125

**\* Esta sección sólo debe ser completada por el recipiente autorizado**

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 <input type="checkbox"/> Recogidos <input type="checkbox"/> Enviados por correo <input type="checkbox"/> Enviados por correo electrónico <input type="checkbox"/> Enviados por fax <input type="checkbox"/> Otro (especifique):	
Destinatario(s) autorizado(s):	
Dirección:	
Número de teléfono:	
Fax/Correo electrónico:	

5

### Sección 5: Complete el formulario firmando y fechando como trabajador/paciente o su representante personal, si corresponde.

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

**LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA TIENE FINES INFORMATIVOS ÚNICAMENTE Y NO CONSTITUYE APROBACIÓN DEL SERVICIO, ACEPTACIÓN DE RESPONSABILIDAD O ASESORAMIENTO LEGAL.**