

# INDIANA

## AUTHORIZATION TO DISCLOSE HEALTH INFORMATION

I, \_\_\_\_\_, authorize the use or disclosure of my individually identifiable health information, as described below, for purposes of administering my workers' compensation claim:

(Print name)

1. Any person or facility that has attended to, treated or examined me may disclose my information.

2. The type and amount of information that may be used or disclosed is as follows:

Any and all hospital, medical, psychological, psychiatric, chiropractic or therapeutic information, records and reports—including but not limited to narrative reports, billing records, office notes, diagnostic test reports, X-ray reports, prescriptions, correspondence, opinion letters, records of other health providers and work excuses—regardless of date.

My healthcare providers are further hereby authorized to communicate directly with the individuals listed below (#3) regarding my medical condition, treatment, or any other issue relevant to my workers' compensation claim and/or work status.

I understand that the disclosed information may include information relating to sexually transmitted disease, acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) or human immunodeficiency virus (HIV), if relevant to my workers' compensation claim. It may also include information about psychotherapy, behavioral or mental health services; and diagnosis and treatment for alcohol and substance/drug abuse.

3. This information may be disclosed to, discussed with, and used by individuals or organizations such as adjustors, managing general agents, insurers, employers, nurse case managers and attorneys for the purpose of adjusting my workers' compensation claim(s). Specifically, this information may be disclosed to the following recipients: Summit Consulting LLC, its affiliates, employees, agents, vendors, and insurer clients.

4. This authorization is valid until two (2) years after the date this release is signed by me, unless I inform **Summit Claims department, PO Box 600, Gainesville, GA 30503-0600** that this authorization is revoked, in writing. I understand that any revocation will not have any effect on any actions taken before they received the revocation.

5. I understand that I may inspect the disclosed information at any time. I further understand that any disclosed information may be re-disclosed in accordance with the terms of this authorization and may no longer be protected by federal privacy regulations.

6. A photocopy of this authorization shall be valid and is to be accepted with the same effect as the original.

Date of work accident \_\_\_\_\_

Printed name of injured worker \_\_\_\_\_ Social Security no. \_\_\_\_\_

Signature of injured worker \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Or signature of injured worker's representative \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Representative's printed name \_\_\_\_\_

Representative's authority (e.g., guardian, power of attorney or guardian ad litem) \_\_\_\_\_



## INDIANA

# AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo el uso o la divulgación de la información de salud que me identifica personalmente, tal como se describe a continuación, para la gestión de mi reclamo de indemnización por accidente de trabajo:

(nombre en letra imprenta)

1. Toda persona o centro médico que me haya atendido, proporcionado tratamiento o examinado podrá divulgar mi información.
2. El tipo y la cantidad de información que puede utilizarse o divulgarse se detallan a continuación:  
Toda información hospitalaria, médica, psicológica, quiropráctica o terapéutica, historiales clínicos e informes— incluidos, entre otros, historiales clínicos descriptivos, registros de facturación, notas administrativas, informes de pruebas diagnósticas, informes radiológicos, prescripciones, correspondencia, cartas de opinión y demás registros de otras excusas laborales o de profesionales en el ámbito de la salud, independientemente de su fecha.  
Los profesionales de salud que me atienden están incluso autorizados para comunicarse directamente con las personas que se enumeran a continuación (#3), con respecto a mi condición médica, tratamiento, y cualquier otra cuestión relacionada con mi reclamo de indemnización por accidente de trabajo y/o estado laboral.  
Comprendo que la información divulgada podrá incluir información referida a enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH), si fuera relevante para mi reclamo de indemnización por accidente de trabajo. Podrá incluir, además información sobre servicios de psicoterapia, salud mental o conductual; y el diagnóstico y tratamiento de alcoholismo o toxicomanía/drogadicción.
3. Esta información podrá divulgarse a, analizarse con y ser utilizada por personas u organizaciones como por ejemplo reguladores de seguros, apoderados generales de gestión, aseguradoras, empleadores, personal de enfermería a cargo del caso y abogados, a los efectos de gestionar y regular mi(s) reclamo(s) de indemnización por accidentes de trabajo. Específicamente, esta información podrá divulgarse a los siguientes destinatarios: Summit Consulting LLC, sus afiliadas, empleados, apoderados, vendedores y clientes aseguradores.
4. Esta autorización es válida por dos (2) años contados a partir de la fecha de su firma, salvo que yo le informe por escrito a **Summit Claims department, PO Box 600, Gainesville, GA 30503-0600** la revocación de la presente autorización. Comprendo que cualquier revocación no tendrá efecto alguno sobre las medidas tomadas con anterioridad a que Summit haya recibido dicha revocación.
5. Comprendo que podré inspeccionar la información divulgada en cualquier momento. Comprendo, además, que cualquier información divulgada podrá volver a divulgarse de conformidad con los términos y condiciones de la presente autorización y que podrá dejar de estar amparada por las regulaciones federales en materia de privacidad.
6. Una fotocopia de la presente autorización se considerará válida y deberá aceptarse con el mismo efecto que el documento original.

Fecha del accidente de trabajo \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde del trabajador lesionado \_\_\_\_\_ Núm. de seguro social \_\_\_\_\_

Firma del trabajador lesionado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

O firma del representante del trabajador lesionado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta del representante \_\_\_\_\_

Autoridad del representante (por ejemplo, tutor legal, apoderado, o tutor ad litem) \_\_\_\_\_



1-800-282-7644 | [summitholdings.com](http://summitholdings.com)