

NORTH CAROLINA

AUTHORIZATION TO USE OR DISCLOSE PROTECTED HEALTH INFORMATION

UNDER HIPAA RULE 45 C.F.R. § 164.508

I hereby authorize the use or disclosure of protected health information from the medical records of the patient listed below.

Patient name _____

Date of birth _____ Social Security number _____

Address _____

This information is disclosed for purposes of administering my workers' compensation claim.

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.

I have read the above and authorize disclosure of the protected health information.

Printed name of patient/legal representative _____

Signature of patient/legal representative _____ Date _____

If signed by legal representative, indicate authority (e.g. guardian, power of attorney or guardian ad litem) _____

Signature of witness _____ Date _____



CAROLINA DEL NORTE

AUTORIZACIÓN DE USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA.

BAJO LA REGLA HIPAA 45 C.F.R. § 164.508

Autorizo por la presente el uso o divulgación de información de salud protegida de los registros médicos del paciente indicado a continuación.

Nombre del paciente _____

Fecha de nacimiento _____ Núm. de seguro social _____

Domicilio _____

Esta información es revelada con el propósito de administrar mi reclamo de compensación al trabajador.

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 tóxico maníaco/drogadicción.

3. Esta información podrá divulgarse a, analizarse con y ser utilizada por personas u organizaciones como por ejemplo ajustadores 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.

He leído lo anterior y doy mi autorización para que se divulgue la información de salud protegida.

Nombre en letra de imprenta del paciente/representante legal _____

Firma del paciente/representante legal _____ Fecha _____

Si firma el representante legal, indique la autoridad (p. ej. tutor, apoderado o tutor ad litem) _____

Firma del testigo _____ Fecha _____

