

Devuelva el formulario completo a:
Department of Labor and Industries
PO Box 44291
Olympia WA 98504-4291



Autorización para entregar información

Información del trabajador:

Nombre del trabajador:	Número de reclamo:
Número de seguro social (para identificación solamente):	Fecha de nacimiento:

Proveedor de la salud:

Nombre del proveedor:

Doy autorización para entregar a Labor e Industrias o a su representante cualquier información que tenga relacionada con mi(s) afección(es) mientras estuve bajo su tratamiento.

Además de sus observaciones, por favor incluya:

- Expedientes del historial médico.
- Exámenes.
- Consultas.
- Informes de Rayos X
- Análisis de laboratorio.
- Informes de operaciones y de patología.
- Hojas clínicas de los médicos y enfermeras.
- Expedientes de hospitales.
- Diagnósticos.
- Información sobre medicamentos o tratamiento relacionado con cualquier enfermedad, lesión u otra afección física.

Por favor entregue todos los expedientes del tratamiento recibido por:

La información que se debe entregar debe incluir:

☐ Abuso del alcohol

☐ Abuso de drogas

☐ SIDA (HIV)

☐ Tratamiento
psiquiátrico

Y/o cualquier otra información protegida por la ley federal.

Entiendo que estoy autorizando la entrega de estos documentos para que Labor e Industrias pueda administrar y procesar mi reclamo. Entiendo que estos documentos se considerarán confidenciales de acuerdo a la ley estatal del Código Revisado de Washinton ([RCW 51.28.070](#) en inglés solamente).

Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento.

Firma del trabajador

Fecha