



ข้อมูลของลูกจ้าง:

ชื่อลูกจ้าง:	หมายเลขคำร้อง:
หมายเลขประกันสังคม (เฉพาะหมายเลขประจำตัวเท่านั้น):	วันเดือนปีเกิด:

ผู้ให้บริการ:

ชื่อผู้ให้บริการ:

ข้าพเจ้าให้การอนุญาตแก่ท่านในการให้ข้อมูลใดๆ ที่ท่านมีเกี่ยวกับสภาวะความเจ็บป่วยของข้าพเจ้าในระหว่างอยู่ภายใต้การรักษาของท่าน ให้แก่กรมแรงงานและอุตสาหกรรม หรือตัวแทนของกรมแรงงานและอุตสาหกรรม

นอกเหนือจากการสังเกตการณ์ของท่าน โปรดแนบ:

- บันทึกประวัติทางการแพทย์
- การตรวจ
- การให้คำปรึกษา
- รายงานผลการเอ็กซเรย์
- การศึกษาในห้องทดลอง
- รายงานด้านการผ่าตัดและพยาธิวิทยา
- ข้อความบันทึกของแพทย์และพยาบาล
- บันทึกของทางโรงพยาบาล
- การวินิจฉัยโรค
- ข้อมูลของใบสั่งยาและการรักษาเกี่ยวกับโรค การบาดเจ็บ หรือสภาวะทางร่างกายอื่นใด

โปรดเปิดเผยบันทึกการรักษาทั้งหมดสำหรับ:

ข้อมูลที่จะเปิดเผย ได้แก่:

- การใช้แอลกอฮอล์ในทางที่ผิด การ inhale ในทางที่ผิด เอชไอวี/เอดส์(HIV/AIDS) การรักษาทางจิตเวช

และ/หรือข้อมูลอื่นที่ได้รับการคุ้มครองโดยกฎหมายของรัฐบาลกลาง

ข้าพเจ้าเข้าใจว่าข้าพเจ้ากำลังเปิดเผยบันทึกเหล่านี้เพื่อให้กรมแรงงานและอุตสาหกรรมสามารถจัดการและดำเนินการต่อการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนของข้าพเจ้าได้ ข้าพเจ้าเข้าใจว่าบันทึกเหล่านี้จะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับโดยสอดคล้องกับกฎหมายของรัฐ ([RCW 51.28.070](http://rcw.wa.gov))

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าสามารถเพิกถอนการอนุญาตนี้ได้ตลอดเวลา

ลายเซ็นของลูกจ้าง

วันที่