

DISTRICT OF COLUMBIA

AUTHORIZATION TO DISCLOSE HEALTH INFORMATION

I, _____, authorize the use or disclosure of my individually identifiable health information,
[Print name]
as described below, 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 adjusters, 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 2928, Lakeland, FL 33806-2928 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 employee _____ Social Security no. _____

Signature of injured employee _____ Date _____

Or signature of injured employee's representative _____ Date _____

Representative's printed name _____

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



1-800-282-7644 | summitholdings.com

Complete este formulario y envíelo por correo al Departamento de Reclamos de Summit, Apartado Postal 2928, Lakeland, FL 33806-2928

DISTRITO DE COLUMBIA

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

Yo, _____, autorizo el uso o la divulgación de mi información de salud individualmente, (Nombre en letra de molde) identificable, como se describe a continuación, con el propósito de administrar mi reclamo de remuneración por accidentes laborales:

1. Cualquier persona o institución que me haya atendido, tratado o examinado puede divulgar mi información. El tipo y la cantidad de información que puede ser utilizada o divulgada son los siguientes: Cualquier información, registros e informes hospitalarios, médicos, psicológicos, psiquiátricos, quiroprácticos o terapéuticos, incluyendo, pero no limitándose a, informes narrativos, registros de facturación, notas de consulta, informes de pruebas diagnósticas, informes de rayos X, recetas, correspondencia, cartas de opinión, registros de otros proveedores de salud y justificantes laborales, sin importar la fecha. Mis proveedores de atención médica quedan además autorizados a comunicarse directamente con las personas mencionadas a continuación [#3] respecto a mi estado de salud, tratamiento o cualquier otro asunto relevante para mi reclamo de remuneración por accidentes laborales y/o mi estatus laboral. Comprendo que la información divulgada puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida [SIDA] o virus de inmunodeficiencia humana [VIH], si es relevante para mi reclamo de remuneración por accidentes laborales. También puede incluir información sobre psicoterapia, servicios de salud conductual o mental; y diagnóstico y tratamiento de abuso de alcohol y sustancias/droga.
3. Esta información puede ser divulgada, analizada y utilizada por personas u organizaciones como ajustadores, agentes generales administradores, aseguradoras, empleadores, enfermeros administradores de casos y abogados, con el propósito de administrar mi(s) reclamo(s) de remuneración por accidentes laborales. Específicamente, esta información puede ser divulgada a los siguientes destinatarios: Summit Consulting LLC, sus afiliados, empleados, agentes, proveedores y clientes aseguradores.
4. Esta autorización es válida hasta dos [2] años luego de la fecha en que firmé el presente documento, a menos que informe por escrito al departamento de reclamos de Summit, Apartado Postal 2928, Lakeland, FL 33806-2928 que esta autorización ha sido revocada. Comprendo que cualquier revocación no tendrá efecto sobre acciones realizadas antes de que se reciba la revocación.
5. Comprendo que puedo inspeccionar la información divulgada en cualquier momento. Además, comprendo que cualquier información divulgada puede ser divulgada nuevamente de acuerdo con los términos de esta autorización y puede dejar de estar protegida por las regulaciones federales de privacidad. 5. Comprendo que puedo inspeccionar la información divulgada en cualquier momento. Además, comprendo que cualquier información divulgada puede ser divulgada nuevamente de acuerdo con los términos de esta autorización y puede dejar de estar protegida por las regulaciones federales de privacidad.
6. Una fotocopia de la presente autorización será válida y debe ser aceptada con el mismo efecto que el original. Date of work

Fecha del accidente laboral _____

Nombre en letra de molde del empleado lesionado _____ Número de Seguro Social _____

Firma del empleado lesionado _____ Fecha _____

O firma del representante del empleado lesionado _____ Fecha _____

Nombre en letra de molde del representante _____

Autoridad del representante (por ejemplo, tutor, poder notarial o tutor ad litem) _____



1-800-282-7644 | summitholdings.com