

**PERMISO PARA LIBERAR INFORMACIÓN MÉDICA DE LESIONES O  
ENFERMEDADES RELACIONADAS AL TRABAJO**

Yo, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(Apellido) (1<sup>er</sup> Nombre) (2<sup>da</sup> Inicial) (Número de Seguro Social)

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(Día de Nacimiento) (Día de la lesión)

por medio de ésta autorizo a la Universidad de Maryland, mi empleador, a recibir cualquier y toda la información necesaria para determinar el regreso a mi estatus de trabajo. Esta liberación incluye, pero no esta limitada a: historia médica, hallazgos, cartas o archivos del consultorio y del paciente, notas del examen médico, notas de progreso, evidencia física, rayos X, resultados de las pruebas de diagnóstico y otros archivos del proveedor de cuidados de la salud contenidos en mi registro médico.

También permito que las copias de los resultados médicos generados por el Centro de Salud de la Universidad sean distribuidas al "Injured Workers' Insurance Fund – IWIF" (Fondo de Seguros de los Trabajadores Lesionados) para propósitos de pago de la compensación a trabajadores y gastos médicos relacionados; y a cualquier consultor externo necesario con el propósito de determinar mi regreso al estatus de trabajo. IWIF actúa como el agente para la Universidad de Maryland. Las copias de los registros médicos obtenidos por IWIF pueden ser entregadas a la Universidad de Maryland.

Esta forma de aprobación autoriza la liberación de información médica relacionada a mi lesión de trabajo únicamente; ésta no autoriza la liberación de ninguna otra información médica.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Fecha