

**AUTORIZACION PARA SOLICITAR INFORMACION MÉDICA**

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo a las siguientes personas a proveer a Triple-S Vida, Inc., y a Custom Disability Solutions, la información que sea necesaria para asistirme en el proceso de mi reclamación y en el desarrollo de mi plan de rehabilitación.

- A cualquier doctor u otro practicante licenciado de cuidado de salud, hospital o clínica los cuales me han provisto tratamiento relacionado con mi condición de salud.
- Cualquier compañía de seguro, administradores de reclamaciones o proveedores de servicios de rehabilitación.
- Agencias gubernamentales, incluyendo la Administración del Seguro Social, Administración de Veteranos, Administración del Fondo del Seguro del Estado y Administración de Compensación por Accidentes de Automóviles (ACAA).

Esta información puede incluir:

- Cualquier información concerniente a mi condición de salud, incluyendo, pero no se limita a, información relacionada con enfermedad mental, siquiátrica, uso de droga o alcohol.
- Información relacionada con exámenes relacionados con el VIH, infección, enfermedad, Complejo Relacionado con el SIDA (CRS) y SIDA (Síndrome de Inmune Deficiencia Adquirida).

Autorizo a las siguientes personas a proveer información relacionada a mi salario y fuentes de ingreso a Triple-S Vida, Inc.

- Mi patrono, incluyendo patronos a tiempo parcial;
- Compañía de seguro y/o encargado de compensación de trabajadores o administrador de tercera persona;
- Agencias gubernamentales, incluyendo la Administración del Seguro Social, Administración de Veteranos, Fondo del Seguro del Estado y Administración de Compensación por Accidentes de Automóviles (ACAA).

Entiendo que cualquier información obtenida concerniente a esta solicitud será tratada como información confidencial por Triple-S Vida, Inc., y Custom Disability Solutions.

Estoy de acuerdo que una fotocopia de esta autorización debe ser tan válida como la original. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este formulario de autorización.

\_\_\_\_\_  
(Nombre del Reclamante)

\_\_\_\_\_  
(Nombre del Testigo)

\_\_\_\_\_  
(Firma del Reclamante)

\_\_\_\_\_  
(Firma del Testigo)

Núm. S.S. \_\_\_\_\_

Núm. S.S. \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Patrono: \_\_\_\_\_

Reclamación FSE #: \_\_\_\_\_