

# Solicitud de información médica adicional y autorización médica

(De acuerdo con los capítulos 616C.177 y 616C.490(5) de los Estatutos Revisados de Nevada [NRS])

Nombre del empleado lesionado: \_\_\_\_\_  
Número de reclamación: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
Dirección del empleado lesionado: \_\_\_\_\_  
Fecha de la lesión/enfermedad ocupacional: \_\_\_\_\_ Fecha de impresión de este aviso: \_\_\_\_\_  
Nombre de la aseguradora: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_  
Dirección de la aseguradora: \_\_\_\_\_ Dirección del empleador: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Brinde la información solicitada a continuación; firme y feche el formulario y devuélvalo a su aseguradora. Su firma en este formulario también actúa como una autorización para obtener información relacionada con su reclamación de otras entidades. No completar ni devolver este formulario a su agente de reclamaciones de manera oportuna podría incidir en sus beneficios o retrasar la resolución de su reclamación.

## Información de antecedentes

*Marque la casilla correspondiente a continuación y brinde la información solicitada.*

**No tengo afecciones, lesiones o discapacidades previas de las que esté al tanto que puedan afectar la resolución de la reclamación mencionada anteriormente. Nota: Si marcó esta casilla, no se necesita más información en este momento.**

**Tengo una afección, lesión o discapacidad previa que podría afectar la resolución de la reclamación mencionada anteriormente. Esto puede incluir defectos de nacimiento, cirugías previas, lesiones, etc., ya sean relacionadas con el trabajo o no.**  
**Nota: Si marcó esta casilla para indicar una afección preexistente, explíquela en detalle en el espacio a continuación. Si es necesario, adjunte hojas adicionales a este formulario para explicar la afección de manera completa.**

He brindado esta información para obtener los beneficios de la Ley de Seguro Industrial de Nevada y/o la Ley de Enfermedades Ocupacionales de Nevada (capítulos 616A a 616D, inclusive, y/o 617 de los NRS). Por la presente, autorizo a cualquier médico, quiropráctico, cirujano, profesional u otra persona; a cualquier hospital, incluidos los hospitales de la Administración de Asuntos de los Veteranos u hospitales gubernamentales; a cualquier organización de servicios médicos; a cualquier compañía aseguradora, o a cualquier otra institución u organización a divulgar entre sí cualquier información médica o de otro tipo, incluidos los beneficios pagados o pagaderos, relacionados con esta lesión o enfermedad, excepto la información relativa al diagnóstico, tratamiento y/o asesoramiento sobre el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), afecciones psicológicas y consumo de alcohol o sustancias controladas, para lo cual debo dar una autorización específica.

1. Si se ejecuta en Nevada: Conforme al capítulo 53.045 de los Estatutos Revisados de Nevada (NRS), declaro bajo pena de perjurio que lo que antecede es verdadero y correcto.

Ejecutada el \_\_\_\_\_ (fecha) \_\_\_\_\_ (firma)

2. Excepto lo dispuesto en los capítulos 53.250 a 53.390 de los NRS, inclusive, si se ejecuta fuera de Nevada: Declaro bajo pena de perjurio, según las leyes del Estado de Nevada, que lo que antecede es verdadero y correcto.

Ejecutada el \_\_\_\_\_ (fecha) \_\_\_\_\_ (firma)