

Authorization to Obtain Information

I AUTHORIZE any licensed physician, medical practitioner, nurse, pharmacist, hospital, clinic or other medical or medically related facility, insurance or reinsurance company, consumer reporting agency, employer or former employer who has any information as to the diagnosis, treatment or prognosis of any physical or mental condition of me, and any information regarding my occupation and salary, to give any and all such information to MEM, its employees, reinsurers, any designated Managed Care Organization, and the Division of Workers' Compensation to which I am submitting a claim.

I UNDERSTAND that the information obtained by use of this authorization will be used by the company to determine eligibility for workers compensation benefits. Any information obtained will not be released to any person or organization except to other persons or organizations performing a business or legal service in connection with my claim or as may be otherwise permitted or required by law. The release of my Protected Health Information to a person or organization not subject to federal law governing privacy, which then rediscloses my Protected Health Information, may mean that the protections afforded by the federal privacy laws no longer apply.

I UNDERSTAND the information contained in these records may include information relating to sexually transmitted disease, acquired immunodeficiency syndrome (AIDS), or human immunodeficiency virus (HIV). It may also include information about behavioral or mental health services, and drug or alcohol use or abuse. **I HEREBY CONSENT AND AUTHORIZE** the medical record provider to release and provide records containing this information to Missouri Employers Mutual Insurance.

I AUTHORIZE MEM to discuss my health information with my authorized treating physician, evaluating physician and/or medical care provider and with my Employer and their representatives and agents for the purpose of managing and adjudicating my workers compensation case(s).

I KNOW that I may request to receive a copy of this authorization.

I AGREE that a photocopy of this authorization shall be as valid as the original.

I AGREE that this authorization shall be valid for the duration of this claim, unless I choose to withdraw this authorization in writing.

PRINTED NAME OF INJURED WORKER: _____ DATE: _____

SIGNATURE OF INJURED WORKER OR AUTHORIZED REPRESENTATIVE: _____

Submit completed form to:

MEM
P.O. Box 1810, Columbia, MO 65205

Fax: 800.442.0597

Email: claims@mem-ins.com



Autorización Para Obtener Información

AUTORIZO a cualquier médico matriculado, médico clínico, enfermera, farmacéutico, hospital, clínica u otra institución médica o relacionada con la medicina, compañía de seguros o reaseguros, agencia de información sobre el consumidor, empleador o ex empleador que cuente con algún dato sobre el diagnóstico, tratamiento o pronóstico de cualquier condición física o mental referida a mi persona y cualquier dato con respecto a mi profesión y salario, a brindar tal información a MEM, sus empleados, asesores de empleados/aseguradores, reaseguradores, cualquier Organización de cuidados administrados de salud y la División de Compensación al trabajador ante la cual estoy presentando un reclamo.

ENTIENDO que la información obtenida mediante esta autorización será utilizada por la compañía para determinar mi elegibilidad para recibir los beneficios de Compensación al trabajador. Cualquier información obtenida no será revelada a ninguna persona u organización excepto a otras personas u organizaciones que desempeñen un servicio legal o comercial relacionado con mi reclamo, o bajo otras circunstancias, conforme a lo permitido o requerido por la ley. La divulgación de mi Información de Salud Protegida (PHI) a una persona u organización no sujeta a la ley federal sobre privacidad, que luego vuelva a revelar mi Información de Salud Protegida, puede implicar que las protecciones otorgadas por las leyes federales sobre privacidad ya no sean aplicables.

ENTIENDO que la información contenida en estos registros puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información sobre servicios de salud mental o del comportamiento y el uso o abuso de drogas o alcohol. **POR EL PRESENTE ACEPTO Y AUTORIZO** al proveedor de registros médicos a divulgar y brindar registros que contengan esta información a MEM.

AUTORIZO MEM para hablar de mi información de salud con mi médico autorizado el tratamiento, el médico de la evaluación y / o proveedor de atención médica y con mi empleador y sus representantes y agentes a los efectos de la gestión y la resolución de mi caso, la remuneración del trabajador(s).

SOY CONSCIENTE que puedo solicitar que me envíen una copia de esta autorización.

DOY MI CONSENTIMIENTO para que la fotocopia de esta autorización tenga la misma validez que el original.

DOY MI CONSENTIMIENTO para que la presente autorización tenga validez durante el período de este reclamo, a menos que yo decida anular esta autorización por escrito.

ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DEL TRABAJADOR LESIONADO: _____

FIRMA DEL TRABAJADOR LESIONADO O DE SU REPRESENTANTE AUTORIZADO: _____

FETCHA: _____

Enviar el formulario completo a:

MEM
P.O. Box 1810
Columbia, MO 65205

Fax: 800.442.0597

Correo electrónico: claims@mem-ins.com

