

## **AUTORIZACIÓN MÉDICA Y DE RECLAMO DE INDEMINZACION AL TRABAJADOR**

Número de Reclamo:

Asegurado:

Trabajador Lesionado:

Fecha de la Lesión:

Fecha de Nacimiento:

Número de Seguro Social:

Lea por favor esta autorización médica. Firme por favor la versión inglesa.

Autorizo a cualquier médico licenciado, médico facultativo, farmacéutico, psiquiatra, psicólogo, u otro proveedor de la salud mental, hospital, clínica, u otra facilidad médicamente relacionada, compañía de seguro o reaseguradora, agencia de reporte al consumidor o empleador que tengan información disponible en cuanto a diagnosis, tratamiento y pronóstico con respecto a la condición física o condición mental y/o tratamiento mio, y cualquier información no médica acerca de mí, para dar cualquier y toda información a Michigan Construction Industry Mutual al cual estoy presentando mi reclamo, y/o a su representante legal.

También autorizo y directo a nuestra Junta Industrial de Accidentes del Estado o a la Comisión o a la División de Indemnización al Trabajador a proporcionar a Michigan Construction Industry Mutual y/o sus representantes, con las copias de cualesquiera y de toda la información solicitada con respecto a cualquier reclamo por Indemnización al Trabajador que yo haya archivado.

Entiendo que la información obtenida por medio de la autorización será usada por Michigan Construction Industry Mutual para determinar la elegibilidad de los beneficios del seguro. Cualquier información obtenida con esta autorización será conciderada como necesaria para el procesamiento de mi reclamo, incluyendo cualquier procedimiento resultante de mi reclamo.

Sé que puedo solicitar una copia de esta autorización.

Estoy de acuerdo que una fotocopia de esta autorización será tan válida como la original.

Estoy de acuerdo que esta autorización será válida durante la vigencia de mi reclamo.