

## Formulario de Consentimiento Para Divulgar

El acto de aislamiento de 1974 (Derecho Público 93-579) prohíbe al gobierno de revelar la información de archivos personales sin el permiso en escrito de la persona implicada. El acceso de expedientes personales al abogado o a otro representante que está actuando a nombre de otra persona se prohíbe, a menos que el individuo a quien el expediente pertenezca ha consentido.

**X** Yo, \_\_\_\_\_, autorizo a los Centros para Medicare y Medicaid (CMS), sus agentes y / o contratistas para divulgar o discutir de la forma oral o por escrito, relacionada con la información relativa a mi reclamo de compensación de trabajadores actuales y / o compensación a la persona(s) y/o la empresa(s) anotadas abajo. Este consentimiento es para mi reclamo de compensación de trabajadores actuales y es de forma continua. Un consentimiento adicional para liberar no será necesario a menos que o hasta que yo revoque esta autorización (que debe ser por escrito). Además, se me ha explicado la necesidad y el proceso del Acuerdo de compensación de Medicare para compensación laboral, y apruebo el contenido de la presentación.

**X** Beneficiario Iniciales \_\_\_\_\_

### Por Favor de Notar:

Abogado del demandante

\_\_\_\_\_  
(Nombre y/o Empresa)

Abogado del empleador

\_\_\_\_\_  
(Nombre y/o Empresa)

Compañía de seguros

\_\_\_\_\_  
(Nombre y/o Empresa)

Otro

\_\_\_\_\_  
**IMPAXX**

**X** \_\_\_\_\_

Firma del solicitante

**X** \_\_\_\_\_

Fecha