

CONSENT TO RELEASE MEDICAL INFORMATION

I hereby consent and agree to release the results from any tests performed, medical examination, and any forms or personal history including any personal health information in any forms to my employer or perspective employer.

If my injury is work-related, I authorize MD Medical Clinics to release any information from my medical records including First Report of Injury, diagnosis, physician reports, work status sheet, physicals, drug and alcohol tests, immunizations and lab results to my employer and/or its designee.

This authorization specifically includes the release of medical information concerning drug-related conditions, alcoholism, psychological conditions, psychiatric conditions and/or infectious diseases including but not limited to blood borne diseases such AIDS or HIV test results.

My signature below acknowledges that I have read and understand the information presented.

Date _____

Signature _____

Witness _____

CONSENTIMIENTO PARA TRASPASAR INFORMACION MEDICA

Yo consiento y acepto divulgar los resultados de cualquier prueba realizada, examen médico y cualquier formulario o historial personal, incluida cualquier información de salud personal en cualquier formulario, a mi empleador o mi empleador en perspectiva.

Si mi lesión está relacionada con el trabajo, autorizo a MD Medical Clinics a divulgar a mi empleador cualquier información de mis registros médicos, incluido el Primer Informe de Lesión, diagnóstico, informes médicos, hoja de estado laboral, exámenes físicos, pruebas de drogas y alcohol, vacunas y resultados de laboratorio Y / o su designado.

Esta autorización incluye específicamente la divulgación de información médica sobre afecciones relacionadas con las drogas, alcoholismo, afecciones psicológicas, afecciones psiquiátricas y / o enfermedades infecciosas, incluidas, entre otras, enfermedades transmitidas por la sangre, como resultados de pruebas de SIDA o VIH.

Mi firma a continuación reconoce que he leído y entiendo la información presentada.

Fecha _____

Firma _____

Testigo _____