



FORMULARIO DE INGRESO

FORMULARIOS REQUERIDOS

- OIEC-31 Autorización para Divulgar Información Médica Protegida (*Complete, firme y escribe la fecha. Es importante que usted proporcione la información de todos los médicos que lo hayan atendido – nombre y apellido, dirección, número de teléfono y de fax.*)
- OMB-02, Solicitud para Obtener Asistencia de la Oficina de Asesoría Pública para el Empleado Lesionado (Office of Injured Employee Counsel, por su nombre en inglés) (*Complete, firme y escriba la fecha.*)

INFORMACIÓN SOBRE USTED

Apellido nombre:	Primer nombre:	Su número de teléfono:
Los últimos 4 números de su seguro social: XXX-XX-__ _ _ _ _	Su dirección postal:	
Su dirección de correo electrónico:	Su dirección postal – ciudad, estado, código postal:	

INFORMACIÓN SOBRE SU RECLAMACIÓN

Número de DWC:	Fecha de la lesión:
Aseguradora:	Empleador al momento de la lesión:
Nombre del ajustador:	¿Estaba trabajando para otro empleador cuando se lesionó? <input type="checkbox"/> Sí, (nombre del empleador) _____ <input type="checkbox"/> No
Número de teléfono del ajustador:	*Nombre del abogado (si es que lo hay): <i>*Si el reclamante cuenta con representación legal, OIEC no puede involucrarse o asistir.</i>
Número de fax del ajustador:	*Número de teléfono del abogado (si es que lo hay):

INFORMACIÓN SOBRE SUS BENEFICIOS

Promedio del Salario Semanal:	Médico de Tratamiento:
¿Está usted trabajando? Si la respuesta es no, ¿cuándo dejó de trabajar?	Médico(s) de Referencia:
¿Por qué dejó de trabajar?	Tratamiento(s) Recibidos: <input type="checkbox"/> Medicamento <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> Terapia Física <input type="checkbox"/> Inyecciones <input type="checkbox"/> Estudio de los Nervios (EMG/NCV) <input type="checkbox"/> Cirugía
¿Ha sido examinado por un médico que le ha asignado un porcentaje de impedimento de cuerpo entero? <input type="checkbox"/> Sí, (nombre del médico) _____ <input type="checkbox"/> No	¿Cumple usted con los requisitos para una cirugía? <input type="checkbox"/> Sí, (tipo de cirugía) _____ <input type="checkbox"/> No



INFORMACIÓN SOBRE SU LESIÓN

¿Cómo fue que usted se lesionó? Por favor proporcione toda la información que sea posible.

INFORMACIÓN SOBRE SU DISPUTA

¿Qué tipo de asistencia está solicitando de OIEC?

FIRMA

La información en este formulario de Ingreso es correcta según mi leal saber y entender.

Yo acepto y doy autorización a la Oficina de Asesoría Pública para el Empleado Lesionado para que envíe mensajes de texto a mi teléfono celular. Al firmar este formulario, yo autorizo a la Oficina de Asesoría Pública para el Empleado Lesionado para que envíe documentos a la División de Compensación para Trabajadores en mi nombre.

Número de Teléfono Celular: _____

Proveedor de Telefonía Celular (AT&T, T-Mobile, Sprint, etc.): _____

Firma del Empleado:  _____ Fecha: _____

PARA USO DEL PERSONAL DE OIEC SOLAMENTE

Reviewed by	CHL	OMB-2	DAL	DCL	DWC32	DWC45	SCN	I12	ADMIN-14

Envíe el formulario completado por correo o facsímil y los formularios adjuntos a:

Office of Injured Employee Counsel
7551 Metro Center Drive, Suite 100, MS-50, Austin, TX 78744
Facsímil (512) 804-4181

Proveedores Médicos

Por favor incluya los nombres, direcciones, números de teléfono y números de fax de todos los proveedores médicos (incluyendo los tratamientos de terapia, hospitales, y establecimientos para análisis) con los que usted ha tratado para esta lesión de compensación para trabajadores.

Nombre del Dr	
Dirección	
Número de Teléfono	
Número de Fax	
Nombre del Dr	
Dirección	
Número de Teléfono	
Número de Fax	
Nombre del Dr	
Dirección	
Número de Teléfono	
Número de Fax	
Nombre del Dr	
Dirección	
Número de Teléfono	
Número de Fax	
Nombre del Dr	
Dirección	
Número de Teléfono	
Número de Fax	



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Desarrollada para el Código de Texas de Salud y Seguridad § 181.154(d)
En efecto junio de 2013

Por favor lea todo este formulario antes de firmarlo y llene todas las secciones que aplican a sus decisiones relacionadas a la divulgación de información médica protegida. Entidades cubiertas según es definido el término por HIPAA y el Código de Texas de Salud y Seguridad § 181.001 deben obtener una autorización firmada de la persona o su representante autorizado para divulgar electrónicamente la información médica protegida de dicha persona. La autorización no es requerida para divulgaciones relacionadas a tratamientos, pagos, operaciones de cuidado médico, la realización de ciertas funciones de seguro o según sea autorizado por la ley. **Las entidades cubiertas pueden utilizar este formulario o cualquier otro formulario conforme a HIPAA, la Ley de Texas de Privacidad Médica y otras leyes aplicables.** No se les puede negar tratamiento a personas en base al hecho de que no han firmado este formulario de autorización, y rehusar firmar este formulario no afectará el pago, inscripción o elegibilidad para beneficios.

NOMBRE DEL PACIENTE O DE LA PERSONA

Apellido _____ Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____

OTRO NOMBRE(S) QUE USA _____

FECHA DE NACIMIENTO Mes _____ Día _____ Año _____

DIRECCIÓN _____

CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL _____

TELÉFONO _____ TEL. ALTERNO (____) _____

E-MAIL/CORREO ELECTRÓNICO (Opcional): _____

AUTORIZO A LOS SIGUENTES LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN PERSONAL MÉDICA PROTEGIDA:

- *Vea adjunto Listado de Proveedores Medicos.*

¿QUIÉN PUEDE RECIBIR Y USAR LA INFORMACIÓN MÉDICA?

Organización Nombre **OFFICE OF INJURED EMPLOYEE COUNSEL**
Dirección **7551 METRO CENTER DRIVE, SUITE 100**
Ciudad, Estado, Código Postal **AUSTIN, TX 78132**
Tel. (866) 393-6432
Fax (512) 804-4181

RAZÓN PARA LA DIVULGACIÓN (Escoja solo una opción de abajo)

- Tratamiento/Continuar Cuidado Médico
- Uso Personal
- Facturación o Reclamos
- Seguro
- Asuntos Legales
- Determinación de Discapacidad
- Escuela
- Empleo
- Otro _____

¿CUÁL INFORMACIÓN PUEDE SER DIVULGADA?

Para llenar la siguiente sección, indique cuáles artículos desea que sean divulgados. La firma de un paciente que es menor de edad se requiere para divulgar algunos de estos artículos. Si toda la información médica debe ser divulgada, marque solo la primera casilla.

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Toda información médica | <input type="checkbox"/> Antecedentes/Examen Físico | <input type="checkbox"/> Medicamentos anteriores/actuales | <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Órdenes del Doctor | <input type="checkbox"/> Alergias del paciente | <input type="checkbox"/> Reportes de operaciones | <input type="checkbox"/> Reportes de consultas |
| <input type="checkbox"/> Notas de progreso | <input type="checkbox"/> Resumen del alta médica | <input type="checkbox"/> Reportes de Pruebas Diagnósticas | <input type="checkbox"/> Reportes de ECG/Cardiología |
| <input type="checkbox"/> Reportes de patología | <input type="checkbox"/> Información de facturas | <input type="checkbox"/> Reportes de Radiología e Imágenes | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Se requieren sus iniciales para divulgar la siguiente información:

_____ Expedientes de Salud Mental (excluyendo notas de psicoterapia) _____ Información Genética (incluyendo Resultados de Prueba Genética)
_____ Expediente de Abuso de Drogas, Alcohol o Sustancias _____ Resultados de Prueba/Tratamiento de VIH/SIDA

LAPSO DE TIEMPO EFECTIVO Esta autorización es válida hasta lo que ocurra primero: la muerte de la persona; la persona cumple mayoría de edad; o se retira el permiso; o en la siguiente fecha específica (opcional): Mes _____ Día _____ Año _____

DERECHO DE ANULAR: Comprendo que puedo retirar mi permiso en cualquier momento presentando un aviso escrito declarando mi intención de anular esta autorización a la persona u organización nombrada bajo "QUIÉN PUEDE RECIBIR Y USAR LA INFORMACIÓN MÉDICA". Comprendo que acciones hechas anteriormente en base a esta autorización por entidades que tenían permiso de acceder a mi información médica no serán afectadas.

FIRMA DE AUTORIZACIÓN: He leído este formulario y estoy de acuerdo con el uso y divulgación de la información según es descrita. Comprendo que rehusar firmar este formulario no detiene la divulgación de información médica que ha ocurrido antes de la anulación o que es permitida por ley sin mi autorización específica o permiso, incluyendo divulgaciones a entidades cubiertas según las disposiciones del Código de Texas de Salud y Seguridad § 181.154(c) y/o 45 C.F.R. § 164.502(a)(1). Comprendo que la información divulgada en conformidad a esta autorización podría quedar sujeta a ser divulgada nuevamente por el destinatario y podría ya no ser protegida por las leyes federales o estatales de privacidad.

FIRMA => _____
Firma de la Persona o del Representante Legalmente Autorizado de la Persona

_____ **FECHA**

Nombre Impreso del Representante Legalmente Autorizado (si aplica): _____
Si es el representante, favor de precisar su relación con la persona: Padre del menor de edad Tutor Otro _____

Se requiere la firma de un menor de edad para la divulgación de ciertos tipos de información, incluyendo por ejemplo, la divulgación de información relacionada a ciertos tipos de cuidado reproductivo, enfermedades transmitidas sexualmente, y abuso de drogas, alcohol o sustancias, y tratamiento mental (Vea, p.ej. Código Fam. de Texas § 32.003).

FIRMA X => _____
Firma del Menor de Edad

_____ **FECHA**

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE LA AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Desarrollada para el Código de Texas de Salud y Seguridad § 181.154(d)
En efecto junio de 2013

El Procurador General de Texas ha adoptado una Autorización para Divulgar Información Médica Protegida estándar de acuerdo al Código de Texas de Salud y Seguridad § 181.154(d). La intención del uso de este formulario es para cumplir con los requisitos de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (HIPAA) y la Ley de Privacidad Médica de Texas (Código de Texas de Salud y Seguridad, Capítulo 181). **Las entidades cubiertas pueden utilizar este formulario o cualquier formulario conforme a HIPAA, la Ley de Texas de Privacidad Médica y otras leyes aplicables.**

Entidades cubiertas según es definido el término por HIPAA y el Código de Texas de Salud y Seguridad § 181.001, deben obtener una autorización firmada de la persona o su representante autorizado para divulgar electrónicamente la información médica protegida de dicha persona. La autorización no es requerida para divulgaciones relacionadas a tratamientos, pagos, operaciones de cuidado médico, la realización de ciertas funciones de seguro o según sea autorizado por la ley. (Código de Tex. De Salud y Seguridad §§ 181.154(b),(c), § 241.153; 45C.F.R. §§ 164.502(a)(1); 164.506, y 164.508).

La autorización proporcionada al usar el formulario significa que la organización, entidad o persona autorizada puede divulgar, comunicar o enviar la información médica protegida de la persona nombrada a la organización, entidad o persona identificada en el formulario, inclusive usando cualquier método electrónico.

Definiciones - En el formulario, el término “tratamiento”, “operaciones de cuidado médico”, “notas de psicoterapia”, e “información médica protegida” son tal como hayan sido definidas en HIPAA (45 CFR 164.501). “Representante legalmente autorizado” como se usa en el formulario incluye a cualquier persona autorizada para actuar en nombre de otra persona. (Código Laboral de Tex. § 151.002(6); Código de Texas de Salud y Seguridad §§ 166.164, 241.151; y Código de Texas de Sucesiones § 3(aa)).

Información Médica a ser Divulgada - Si “Toda Información Médica” es seleccionada para ser divulgada, la información médica incluye, pero no se limita a, todos los expedientes y otra información con respecto a antecedentes médicos, tratamiento, hospitalización, pruebas, y tratamiento ambulatorio, y también expedientes educacionales que pueden contener información médica. Tal como es indicado en el formulario, se requiere autorización específica para divulgar información sobre ciertas condiciones delicadas, inclusive:

- Expedientes de salud mental (excluyendo “notas de psicoterapia” según es definido por HIPAA en 45 CFR 164.501).
- Expedientes de Abuso de Drogas, Alcohol o Sustancias.
- Expedientes o pruebas relacionadas al VIH/SIDA.
- Enfermedades o pruebas genéticas (heredadas) (salvo si pueden ser prohibidas por 45 C.F.R. § 164.502).

Aviso de Divulgación de Archivos Médicos - No se requiere este formulario para la divulgación permitida de información médica personal protegida a la persona o al representante legal autorizado de la persona. (45 C.F.R. §§ 164.502(a)(1)(i), 164.524; Código de Texas de Salud y Seguridad § 181.102). Si con este formulario se está solicitando una copia del expediente médico de la persona, la ley estatal y federal permite tal acceso, salvo si tal acceso se determina es perjudicial para la salud física, mental o emocional de la persona por un doctor o proveedor de salud mental. (Código de Texas de Salud y Seguridad §§ 181.102, 611.0045(b); Código Laboral de Texas § 159.006(a); 45C.F.R. § 164.502(a)(1)). Si un proveedor de atención médica es nombrado específicamente en la sección “Quién Puede Recibir y Usar la Información Médica” de este formulario, entonces el permiso para recibir información médica protegida también incluye a doctores, otros proveedores de atención médica (tal como enfermeras y personal médico) involucrados en el tratamiento médico de la persona en la instalación de la entidad o en la oficina de dicha persona, y proveedores de atención médica que están cubriendo o disponibles para la persona u organización especificada, y personal o agentes (tal como socios u organizaciones de servicio) que realizan actividades y objetivos permitidos por ley para la entidad cubierta o persona especificada. Si se especifica a una entidad cubierta que no sea proveedor de atención médica, el permiso para recibir información médica protegida también incluye al personal de dicha entidad o agentes y subcontratistas que realizan actividades y objetivos permitidos por este formulario para esa entidad. Una persona puede tener derecho a limitar ciertas divulgaciones de información médica protegida relacionada a servicios pagados enteramente por la persona (45 C.F.R. § 164.522(a)(1)(vi)).

Autorizaciones para Propósitos de Ventas o Mercadeo - Si esta autorización se está haciendo con propósitos de ventas o mercadeo y la entidad cubierta recibe remuneración directa o indirecta de terceros en conexión con el uso o divulgación de la información de la persona para mercadeo, la autorización debe claramente indicar a la persona que tal remuneración existe. (Código de Texas de Salud y Seguridad §181.152, .153; 45 C.F.R. § 164.508(a)(3), (4)).

Limitaciones de este formulario - Este formulario de autorización no será utilizado para divulgar cualquier información médica en lo que se refiere a: (1) inscripción en plan de beneficios médicos y/o decisiones de inscripción relacionadas (45 C.F.R. § 164.508(b)(4) (ii), .508(c)(2)(ii)); (2) notas de psicoterapia (45 C.F.R. § 164.508(b)(3)(ii)); o para propósitos de investigaciones (45 C.F.R. § 164.508(b)(3)(i)). **El uso de este formulario no libera de responsabilidad a una entidad de cumplir con las leyes federales o estatales que aplican o reglamentos con respecto a acceder, usar o divulgar información médica u otra información personal confidencial (p.ej., 42 CFR Parte 2, limitando el uso de información relacionada al abuso y tratamiento de drogas/alcohol), y no da derecho a una entidad o sus empleados, agentes o asignados a cualquier limitación de responsabilidad por actos u omisiones en relación al acceso, uso o divulgación de la información médica obtenida por medio del uso de este formulario.**

Costos - Algunas entidades cubiertas podrían cobrar una cuota de recuperación/trámite y por copias de expedientes médicos. (Código de Texas de Salud y Seguridad § 241.154).

Derecho a Recibir Copia - La persona y/o su representante legalmente autorizado tiene derecho a recibir una copia de esta autorización.



SOLICITUD PARA OBTENER ASISTENCIA DE LA OFICINA DE ASESORÍA PÚBLICA PARA EL EMPLEADO LESIONADO

Nombre: _____

No. de DWC: _____


Dirección: _____

Correo Electrónico: _____

Ciudad: _____

Fecha de la Lesión: _____

Teléfono: (_____) _____

Yo,  _____, solicito la asistencia de la Oficina de Asesoría Pública para el Empleado Lesionado (Office of Injured Employee Counsel -OIEC, por su nombre y siglas en inglés). Yo no cuento con un abogado que me represente en relación con el asunto por el cual estoy pidiendo asistencia, sin embargo sé que tengo ese derecho. Este documento permanecerá vigente hasta que yo lo decida. Yo puedo finalizar la asistencia de OIEC en cualquier momento, notificando a la Oficina de Asesoría Pública para el Empleado Lesionado o contratando a un abogado. Si yo contrato a un abogado, yo entiendo que mi abogado debe presentar su contrato de empleo ante el Departamento de Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadores (Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation –TDI-DWC, por su nombre y siglas en inglés).

Yo sé y entiendo claramente que el Ombudsman:

- es un empleado de la Oficina de Asesoría Pública para el Empleado Lesionado.
- no está actuando como un abogado ni desempeñando los servicios de un abogado.
- no me estará representando como abogado, o en cualquier otra capacidad.
- me ayudará a presentar mi reclamación para obtener beneficios.
- proporciona asistencia gratuita a las personas que solicitan asistencia y no cuentan con un abogado.
- no puede, ni proporcionará asistencia legal.
- no puede, ni hará o firmará ningún acuerdo por mí.
- no puede, ni tomará ninguna decisión por mí.

Yo autorizo a cualquier empleado de OIEC que tenga acceso a mi expediente de reclamación y a cualquier otra información confidencial pertinente a mi reclamación, incluyendo mis expedientes médicos.

Yo entiendo que cualquier comunicación con cualquier empleado de OIEC es confidencial bajo el Código Laboral de Texas § 404.110 y que generalmente el empleado no puede ser obligado a divulgar información sobre cualquier asunto relacionado con mi reclamación de compensación para trabajadores.

Yo autorizo para que el Ombudsman pueda firmar en mi nombre los documentos que requieren de una respuesta inmediata para poder ser presentados y conservar mis derechos en el sistema de compensación para trabajadores.

Yo he leído, o alguien de mi elección me ha leído esta información, y yo entiendo y acepto todos estos términos.



Firma del Empleado Lesionado o Beneficiario



Fecha

NOTA: Con pocas excepciones, si usted lo solicita, usted tiene derecho a ser informado sobre la información que La Oficina de Asesoría Pública para el Empleado Lesionado (Office of Injured Employee Counsel –OIEC, por su nombre y siglas en inglés) reúne sobre usted; así como también de recibir y revisar la información (Código Gubernamental §§552.021 y 552.023); y pedir que la Oficina de Asesoría Pública para el Empleado Lesionado corrija la información que está incorrecta (Código Gubernamental §559.004)