

# Injured worker SIGNS, returns to employer's office Employer returns to Athens

# B

## Request for Additional Medical Information and Release Form

Injured Worker's Name: \_\_\_\_\_

Claim Number: \_\_\_\_\_ Social Security #: \_\_\_\_\_

Injury Date: \_\_\_\_\_ Employer: \_\_\_\_\_

Employer's Address: \_\_\_\_\_

I, the undersigned injured worker, or legal representative of the injured worker names above, do hereby certify that the information provided below is complete, true and correct to the best of my knowledge and that I have provided that information in order to obtain the workers' compensation benefits allowed by California law. I hereby authorize any physician, chiropractor, practitioner, or other person, any hospital, including Veteran's Administration or other governmental hospital, any medical service organization, any insurance company, or other entity or organization, governmental or private, to release to each other any medical or other information acquired, including benefits paid or payable, concerning this or any other disabilities or injuries. A photostat of this authorization shall be as valid as the original.

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

**Please provide the information requested below, sign and date the form, and return it to your insurer. Your signature on this form also acts as a release to acquire information affecting your claim from other entities.**

*Failure to complete and return this form to your claims agent in a timely manner could affect your benefits or delay the resolution of your claim. A workers' compensation judge may "seal" (keep private) certain medical records if the worker requests privacy.*

### PRIOR HISTORY INFORMATION

**PLEASE CHECK THE APPROPRIATE BOX BELOW AND PROVIDE THE INFORMATION REQUESTED**

I have no prior conditions, injuries, or disabilities, of which I am aware, that might affect the disposition of the claim referenced above. If you checked this box, no further information is needed at this point.

I have a prior condition, injury, or disability that could affect the disposition of the claim referenced above (this can include birth defects, prior surgeries, injuries, etc., whether work related or not.) If you checked this box, indicating a pre-existing condition, please explain in detail in the space below. You are encouraged to attach additional sheets of paper to this form if necessary to fully explain the condition.

**El Trabajador lesionado FIRMA estos formularios para ser entregados a la oficina del trabajador y la oficina enviarlos a Athens.**

**B**

## **Consentimiento Para Obtener Informacion Medica Adicional**

Nombre del Empleado Lesionado: \_\_\_\_\_

Numero de Reclamo: \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Fecha de Lesion/Accidente: \_\_\_\_\_ Nombre de la Empresa: \_\_\_\_\_

Direccion de la Empresa: \_\_\_\_\_

I, Yo, el empleado lesionado o representante legal, certifico que la informacion proveida abajo es completa, verdadera y correcta. Esta informacion a sido proveida para obtener los beneficios del trabajador, concedidos por la ley del Estado de California. Por medio de la presente doy autorizacion a cualquier medico, quiropractico, enfermero o cualquier otra persona incluyendo la administracion de los veteranos, hospital de gobierno, cualquier organizacion de servicios medicos, compania de seguros, entidad, organizacion de gobierno o privada para revelar cualquier informacion obtenida, incluyendo beneficios pagados o pagables con respecto a esta o alguna otra lesion o discapacidad. Una copia de esta autorizacion debe ser tan valida como la original.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Por favor proveer la siguiente informacion, firme y fecha este formulario y enviela a su compania de seguros. Su firma en esta formulario actua como un permiso para obtener informacion relacionada con su reclamo de otras entidades. De no lograr completar este formulario y regresarla a su agente de reclamos a tiempo, podria afectar o retardar la determinacion de su reclamo. Un juez de reclamos de compensacion laborar pudiera archivar (mantener en privado) ciertos archivos medicos si el trabajador solicita privacidad.**

### **PREVIA INFORMACION MEDICA**

**POR FAVOR MARQUE LA CASILLA APROPIADAY PROVEA LA INFORMACION REQUERIDA**

No tengo ninguna condicion previa, lesion o incapacidad que pudiera afectar la disposicion del reclamo anteriormente mencionado. Si usted marco esta casilla, no informacion adicional seria necesaria hasta este punto.

Tengo una condicion previa, lesion o incapacidad que pudiera afectar la disposicion del reclamo anteriormente mencionado. (Esto puede incluir defectos de nacimiento, cirugias previas, lesiones, etc., asi fuesen relacionadas con el trabajo o no). Si usted marco esta casilla, indicando cualquier condicion pre-existente, por favor explique detalladamente en el siguiente espacio. Puede usted adherir hojas adicionales a este formulario si fuese necesario para explicar su condicion completamente.