

# Solicitud para Proveer Expedientes Médicos Relevantes para Reclamación de Compensación para Trabajadores de Oregon

(Request for Release of Medical Records for Oregon Workers' Compensation Claim)

**Para: Custodio de expedientes médicos** \_\_\_\_\_  
(To: Custodian of medical records)

Nombre (Name): \_\_\_\_\_

Dirección (Address): \_\_\_\_\_

**Información del trabajador** \_\_\_\_\_  
(Worker information)

Nombre (Name): \_\_\_\_\_

Número de reclamación de la aseguradora (Insurer claim number): \_\_\_\_\_

Fecha de la lesión (Date of injury): \_\_\_\_\_

**Autorización y firma del trabajador** \_\_\_\_\_  
(Worker authorization/signature)

Con mi firma, autorizo a los proveedores médicos y demás custodios de los archivos de la reclamación para proveer los expedientes médicos **relevantes** a mi(s) condición(es) reclamada(s) (abajo especificada) de compensación para trabajadores al solicitante abajo nombrado, como está provisto en ORS 656.252, OAR 436-010-0240 y OAR 436-060-0017. **La información médica relevante a la reclamación incluye la historia médica anterior de quejas o tratamiento de una condición similar a la presentada en la reclamación u otras condiciones relacionadas a la misma parte del cuerpo.**

(By my signature, I authorize medical providers and other custodians of the claim record to release medical records **relevant** to my workers' compensation claimed conditions (see below) to the requester named below, as provided in ORS 656.252, OAR 436-010-0240 and OAR 436-060-0017. **Medical information relevant to the claim includes a past history of complaints or treatments of a condition similar to that presented in the claim or other conditions related to the same body part.**)

*Firma del Trabajador:* \_\_\_\_\_ *Fecha:* \_\_\_\_\_  
(Worker's signature:) \_\_\_\_\_ (Date:) \_\_\_\_\_

**Condiciones reclamadas** (Solicitante: Listar abajo las condiciones específicas.) \_\_\_\_\_  
(Claimed conditions (Requester: List below; be specific:))

**Se requiere autorización separada para que la siguiente información sea provista** \_\_\_\_\_  
(Separate authorization is required for release of the following information)

- La participación del trabajador en programas de tratamiento de abuso de drogas y alcohol financiados federalmente bajo la Regulación Federal 42, CFR 2. (The worker's participation in federally funded drug and alcohol abuse treatment programs under Federal Regulation 42, CFR 2.)
- Información relacionada al HIV protegida bajo ORS 433.045(3). (HIV-related information protected by ORS 433.045(3))

**OAR 436-010-0240 requiere que los proveedores médicos respondan a una solicitud para expedientes médicos dentro de los 14 días siguientes a la fecha de la solicitud. No responder dentro de los 14 días a una solicitud enviada por correo certificado puede resultar en multas al proveedor médico bajo OAR 436-010-0340 ó 436-015-0120. La fecha de envío de esta solicitud es \_\_\_\_\_ . (OAR 436-010-0240 requires that medical providers respond to a request for medical records within 14 days of the date of the request. Failure to respond within 14 days to a request sent by certified mail may subject the medical provider to penalties under OAR 436-010-0340 or 436-015-0120. This request is being sent on \_\_\_\_\_.)**

**Por favor envíe los expedientes médicos relevantes no más tarde de: \_\_\_\_\_ a:  
(Please send relevant medical records by \_\_\_\_\_ to:**

Nombre del solicitante (Requester's name): \_\_\_\_\_

Atención (Attention): \_\_\_\_\_

Dirección (Address): \_\_\_\_\_ Teléfono (Phone): \_\_\_\_\_  
Fax: \_\_\_\_\_

---

Nota: Personas que proveen información médica de acuerdo a las Reglas Administrativas de Oregon no tendrán responsabilidad legal alguna por proveer dicha información.  
(Note: People who release medical information in accordance with Oregon Administrative Rules shall bear no legal liability for such disclosure.)