



## Consentimiento para Divulgación de Información Médica

### Empleado

Por la presente autorizo a los representantes de Key HR y doy permiso de que obtengan y revisen copias de todo registro médico relativo a cualquier lesión actual o pasada o relacionado con mi historial médico. Cualquier información pertinente se compartirá a otros profesionales que participen en mi tratamiento médico y cualquier institución que, a través del "Programa de Indemnización Laboral" u otro, esté pagando por todos o parte de los costos asociados con mi cuidado médico.

Nombre del Empleado en Mayúsculas

Número del Seguro Social

Número de Teléfono

Número de Reclamación

Nombre del Empleador

Fecha de la Lesión

Firma del Empleado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Por favor envíe el formulario por fax al (888) 252 -5217 o por correo electrónico a [risks@KeyHRO.com](mailto:risks@KeyHRO.com)**

Si usted tiene cualquier pregunta o inquietud, por favor llame al Departamento de Reclamaciones o Control de Pérdidas de Key HR.