

**Apéndice A a §1910.1020 - Ejemplo de Carta de Autorización para la Entrega de Información de Registro Médico del Empleado a un Representante Designado (no obligatorio)**

Yo, (nombre completo del trabajador / paciente) \_\_\_\_\_,

Por la presente autorizo (persona u organización que posee los registros médicos) \_\_\_\_\_

(Persona u organización autorizada para recibir la información médica) \_\_\_\_\_,

La siguiente información médica de mi historial médico personal: (Describa en general la información que se desea liberar).

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Doy mi permiso para que esta información médica se use para el siguiente propósito: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Pero no doy permiso para cualquier otro uso o re-revelación de esta información.

**(Nota:** A continuación se proporcionan varias líneas adicionales para que pueda colocar restricciones adicionales en esta carta de autorización si lo desea. Sin embargo, puede dejar estas líneas en blanco Por otro lado, puede querer (1) especificar una Fecha de vencimiento para esta carta (si es menor de un año), (2) describir la información médica que se creará en el futuro que usted pretende cubrir con esta carta de autorización, o (3) describir partes de la información médica en sus registros que Usted no tiene la intención de ser liberado como resultado de esta carta.)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Nombre Completo del Empleado o Representante Legal** \_\_\_\_\_

**Firma del Empleado o Representante Legal** \_\_\_\_\_ **Fecha de la Firma** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_