



DEPARTAMENTO DE TRABAJO Y DESARROLLO LABORAL  
DE TENNESSEE

División de Indemnización de los Trabajadores

EXONERACIÓN Y CONSENTIMIENTO MÉDICO

*Es un crimen proveer información falsa deliberadamente, incompleta o errónea a cualquiera de las partes para una transacción de indemnización de trabajadores con el propósito de cometer fraude. Las penas legales incluyen encarcelamiento, multas y denegación de los beneficios del seguro.*

ESTE FORMATO DE AUTORIZACIÓN MÉDICA SOLAMENTE PERMITE AL EMPLEADOR O A LA DIVISIÓN DE INDEMNIZACIÓN DE LOS TRABAJADORES OBTENER INFORMACIÓN MÉDICA A TRAVÉS DE COMUNICACIÓN ORAL O ESCRITA, INCLUYENDO, PERO NO LIMITÁNDOSE A, DIAGRAMAS, EXPEDIENTES, REGISTROS E INFORMES EN POSESIÓN DE UN PROFESIONAL MÉDICO AUTORIZADO POR EL EMPLEADOR, DE ACUERDO CON T.C.A. § 50-6-204, Y UN PROFESIONAL MÉDICO A QUIEN EL EMPLEADOR LE REEMBOLSE POR EL TRATAMIENTO DEL EMPLEADO.

Yo, \_\_\_\_\_, habiendo presentado una demanda para beneficios de indemnización de trabajadores, por medio de la presente autorizo al doctor

\_\_\_\_\_  
(Nombre del profesional médico)

a facilitarle a mi empleador (o al representante de mi empleador) y/o a la División de Indemnización de los Trabajadores cualquier información razonablemente relacionada, o documentos escritos razonablemente relacionada con mi herida derivada de un accidente laboral. También autorizo la distribución de la misma información a mi abogado. La autorización incluye, pero no se restringe a, el derecho a revisar y obtener copias de todos los registros en el historial médico, rayos x, informes de rayos x, diagramas médicos, prescripciones, diagnósticos, opiniones y ciclos de tratamiento.

Se puede aceptar una fotocopia de la autorización en vez de la original.

Fecha: \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Paciente

\_\_\_\_\_  
Últimas cuatro cifras del número  
de Seguro Social

\_\_\_\_\_  
Testigo

**The Division certifies that this Spanish Medical Waiver and Consent (Form C-31) is an exact translation of the English Form C-31.**