



CONSENTIMIENTO PARA REVELAR INFORMACIÓN

La Ley de Privacidad de 1974 (Ley Pública 93-579) prohíbe al gobierno revelar información de archivos personales sin el permiso expreso por escrito de la persona involucrada. Se prohíbe la divulgación de registros personales a un abogado u otro representante que actúe en nombre de otra persona, a menos que la persona a quien pertenece el registro haya dado su consentimiento.

Yo, _____, autorizo a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS), sus agentes y sus contratistas a revelar, discutir y divulgar, oralmente o por escrito, información relacionada con mi lesión, responsabilidad y el acuerdo al que se llegue a la(s) persona(s) y empresa(s) enumeradas a continuación. Este consentimiento es para mi reclamación de responsabilidad actual y es de forma continua. No será necesario un consentimiento adicional para revelar información a menos y hasta que revoque este consentimiento (que debe ser por escrito).

Además, se me ha explicado la necesidad y el proceso del Acuerdo de Cantidad Estipulada Separada para Gastos de Medicare, y apruebo el contenido de la presentación.

Iniciales del beneficiario _____

POR FAVOR, MARQUE:

Abogado del reclamante

(nombre y/o empresa)

Abogado del empleador

(nombre y/o empresa)

Compañía de compensación por accidentes laborales

(nombre y/o empresa)

Otro:

PMSI Settlement Solutions, LLC dba Optum Settlement Solutions
Post Office Box 31646, Tampa FL 33631
Teléfono: (813) 612-5500
Fax: (813) 612-5511

Firma del reclamante

Fecha de la firma

Fecha(s) de la lesión

Número de Seguro Social o Número de Medicare
(Número de reclamación del seguro de salud/HICN
o ID de Medicare)