



WCB Case No. (if you know it): \_\_\_\_\_

**To Claimant:** If you received treatment for a previous injury to the same body part or for an illness similar to the one described in your current Claim, fill out this form. This form allows the health care providers you list below to release health care information about your previous injury/illness to your employer's workers' compensation insurer. The federal HIPAA law (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996) says you have a right to get a copy of this form. If you do not understand this form, talk to your legal representative. If you do not have a legal representative, the Advocate for Injured Workers at the Workers' Compensation Board can help you. Call: 800-580-6665.

**To Health Care Provider:** A **copy** of this HIPAA-compliant release allows you to disclose health information. If you send records to the employer's workers' compensation insurer in response to this release, also mail copies to the Claimant's legal representative. (If no legal representative is listed below, send copies to the Claimant.) Health care providers who release records must follow New York state law and HIPAA.

This release is:

- **Voluntary.** Your health care provider(s) must give you the same care, payment terms, and benefits, whether you sign this form or not.
- **Limited.** It gives your health care provider(s) permission to release only those health records that are related to the previous illness/condition you describe below.
- **Temporary.** It ends when your current claim for compensation is established or disallowed and all appeals are exhausted.
- **Revocable.** You can cancel this release at any time. To cancel, send a letter to the health care provider(s) listed on this form. Also, send a copy of your letter to your employer's workers' compensation insurer and the Workers' Compensation Board. Note: You may not cancel this release with respect to medical records already provided.
- **For records only.** It gives your health care provider(s) listed on this form permission to send copies of your health care records to your employer's workers' compensation insurer.

This form does NOT allow your health care provider(s) to release the following types of information:

- **HIV-related information**
- **Psychotherapy notes**
- **Alcohol/Drug treatment**
- **Mental Health treatment** (unless you check below)
- **Verbal information** (your health care providers may not discuss your health care information with anyone)

Any medical records released will become part of your workers' compensation file and are confidential under the Workers' Compensation Law.

**A. YOUR INFORMATION (Claimant)**

1. Name: \_\_\_\_\_ 2. Social Security Number: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_
3. Mailing Address: \_\_\_\_\_
4. Date of Birth: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 5. Date of the current injury/illness: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
6. Current injury/illness, including all body parts injured: \_\_\_\_\_
7. Your legal representative's name and address (if any): \_\_\_\_\_

Check here if you allow your health care provider(s) to release **mental health care** information.

**B. YOUR HEALTH CARE PROVIDER(S)** (List all health care providers who treated you for a *previous* injury to the same body part or similar illness. If more than 2 providers attach their contact information to this form.)

1. Provider: \_\_\_\_\_ 2. Phone Number: ( ) \_\_\_\_\_
3. Mailing Address: \_\_\_\_\_
4. Other provider (if any): \_\_\_\_\_ 5. Phone Number: ( ) \_\_\_\_\_
6. Mailing Address: \_\_\_\_\_

**C. READ AND SIGN BELOW.** I hereby request that the health care provider(s) listed above give my employer's workers' compensation insurer copies of all health records related to any previous injury/illness, to all body parts, described above.

Claimant's signature (ink only -- use blue ballpoint pen, if possible.) \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**If the claimant is unable to sign**, the person signing on the claimant's behalf must fill out and sign below:

Your name \_\_\_\_\_ Relationship to Claimant \_\_\_\_\_ Signature (ink only -- use blue ballpoint pen, if possible.) \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_



N° de dossier WCB (si vous le connaissez) : \_\_\_\_\_

**Au demandeur :** Si vous avez reçu un traitement pour une blessure antérieure à la même partie du corps ou pour une maladie similaire à celle décrite dans votre demande actuelle, remplissez ce formulaire. Ce formulaire permet aux prestataires de soins de santé que vous indiquez ci-dessous de communiquer à l'assureur des accidents du travail de votre employeur des renseignements sur votre blessure ou maladie antérieure. La loi fédérale sur la portabilité et la responsabilité en matière d'assurance santé de 1996 (loi HIPAA) stipule que vous avez le droit d'obtenir une copie de ce formulaire. Si vous ne comprenez pas ce formulaire, parlez-en à votre représentant légal. Si vous n'avez pas de représentant légal, le défenseur des travailleurs blessés de la Commission des accidents du travail peut vous aider. Appelez le : 800-580-6665.

**Au prestataire de soins de santé :** Une copie de cette décharge conforme à la loi HIPAA vous permet de divulguer des renseignements sur la santé. Si vous envoyez des dossiers à l'assureur des accidents du travail de l'employeur en réponse à cette décharge, envoyez également des copies au représentant légal du demandeur. (Si aucun représentant légal ne figure dans la liste ci-dessous, envoyez des copies au demandeur.) Les prestataires de soins de santé qui communiquent des dossiers doivent respecter la loi de l'État de New York et la loi HIPAA.

La présente décharge est :

- **Volontaire.** Vos prestataires de soins de santé doivent vous donner les mêmes soins, conditions de paiement et avantages, que vous signiez ou non ce formulaire.
- **Limitée.** Elle donne à vos prestataires de soins de santé la permission de ne divulguer que les dossiers de santé liés à la maladie ou à l'état antérieur que vous décrivez ci-dessous.
- **Temporaire.** Elle prend fin lorsque votre demande d'indemnisation actuelle est établie ou rejetée et que tous les recours sont épuisés.
- **Révocable.** Vous pouvez annuler cette décharge à tout moment. Pour l'annuler, envoyez une lettre aux prestataires de soins de santé figurant sur ce formulaire. Envoyez également une copie de votre lettre à l'assureur des accidents du travail de votre employeur et à la Commission des accidents du travail. Remarque : Vous ne pouvez pas annuler cette décharge en ce qui concerne les dossiers médicaux déjà fournis.
- **Pour les dossiers uniquement.** Elle donne à vos prestataires de soins de santé énumérés dans ce formulaire la permission d'envoyer des copies de vos dossiers médicaux à l'assureur des accidents du travail de votre employeur.

Ce formulaire n'autorise PAS vos prestataires de soins de santé à divulguer les types d'informations suivants :

- **Informations relatives au VIH**
- **Notes de psychothérapie**
- **Traitement contre l'alcoolisme et la toxicomanie**
- **Traitement de santé mentale** (sauf si vous cochez ci-dessous)
- **Informations verbales** (vos prestataires de soins de santé peuvent ne pas discuter de vos informations de soins de santé avec quiconque)

Tout dossier médical communiqué fera partie de votre dossier d'accidents du travail et est confidentiel en vertu de la loi sur les accidents du travail.

**A. VOS INFORMATIONS (Demandeur)**

1. Nom : \_\_\_\_\_
2. Numéro de sécurité sociale : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_
3. Adresse postale : \_\_\_\_\_
4. Date de naissance : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
5. Date de votre blessure ou maladie actuelle : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
6. Blessure ou maladie actuelle, y compris toutes les parties du corps touchées : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. Nom et adresse de votre représentant légal (le cas échéant) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Cochez ici si vous autorisez vos prestataires de soins de santé à divulguer des informations sur les **soins de santé mentale**.

**B. VOS PRESTATAIRES DE SOINS DE SANTÉ**

(Indiquez tous les prestataires de soins de santé qui vous ont traité pour une blessure à la même partie du corps ou une maladie similaire antérieure. Si vous avez plus de 2 prestataires, joignez leurs coordonnées à ce formulaire.)

1. Prestataire : \_\_\_\_\_
2. Numéro de téléphone : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
3. Adresse postale : \_\_\_\_\_
4. Autre prestataire (le cas échéant) : \_\_\_\_\_
5. Numéro de téléphone : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
6. Adresse postale : \_\_\_\_\_

**C. LISEZ ET SIGNEZ CI-DESSOUS.**

Je demande par la présente que les prestataires de soins de santé mentionnés ci-dessus envoient à l'assureur des accidents du travail de mon employeur des copies de tous les dossiers médicaux relatifs à toute blessure ou maladie antérieure, à toutes les parties du corps, décrites ci-dessus.

Signature du demandeur (à l'encre seulement -- bleue si possible) \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**Si le demandeur est incapable de signer**, la personne qui signe en son nom doit remplir et signer ci-dessous :

Votre nom \_\_\_\_\_ Lien avec le demandeur \_\_\_\_\_ Signature (à l'encre seulement -- bleue si possible.) \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_