



Tennessee Bureau of Workers' Compensation
220 French Landing Drive, I-B
Nashville, TN 37243-1002
800-332-2667

<http://www.tn.gov/workforce/article/medical-impairment-rating-mir-registry>

RENUNCIA Y CONSENTIMIENTO MÉDICO A CLASIFICACIÓN DE IMPEDIMENTO MÉDICO (MIR) MEDICAL IMPAIRMENT RATING (MIR) MEDICAL WAIVER AND CONSENT

Yo, _____, habiendo presentado una reclamación para beneficios de
(Nombre en letra de imprenta)

compensación al trabajador, por este medio renuncio a todo derecho a privilegios de médico-paciente, psiquiatra-paciente o quiropráctico-paciente que pudiera tener y por este medio autorizo a todo médico, psiquiatra, quiropráctico, podiatra, hospital, proveedor de atención médica, o a la Agencia de Compensación al Trabajador de Tennessee a entregar al médico de MIR nombrado por la Agencia de Compensación al Trabajador de Tennessee y/o a proporcionar a mi empleador, o al representante de mi empleador toda información o material impreso que pueda estar razonablemente relacionado con mi lesión de trabajo o mis antecedentes médicos relevantes. Así también autorizo a la divulgación de dicha información a mi persona o a mi abogado.

Esta autorización abarca, pero no se limita a: el derecho a revisar y obtener copias de todos los registros, imágenes e informes de pruebas médicas por imágenes, pruebas de electrodiagnóstico, registros hospitalarios, registros de centros quirúrgicos, historias clínicas, medicamentos recetados, diagnósticos, opiniones y cursos de tratamiento así como clasificación de impedimentos.

Esta autorización se mantendrá válida hasta que se divulgue el Informe de MIR por parte del Coordinador del Programa de Registro de MIR o se retire la Solicitud de MIR. . Se aceptan copias o envíos por fax de la autorización en lugar del original.

I, _____, having filed a claim for workers' compensation benefits, do
(Printed name)

hereby waive any physician-patient, psychiatrist-patient, or chiropractor-patient privilege I may have and hereby authorize any physician, psychiatrist, chiropractor, podiatrist, hospital, health care provider, or the Tennessee Bureau of Workers' Compensation to furnish to the MIR physician designated by the Tennessee Bureau of Workers' Compensation and/or to provide to my employer, or my employer's representative, any information or written material reasonably related to my work-related injury or my past relevant medical history. I further authorize the release of the same information to me or my attorney.

This authorization includes, but is not restricted to, a right to review and obtain copies of all records, medical imaging films and reports, electrodiagnostic testing, hospital records, surgery center records, medical charts, prescriptions, diagnoses, opinions and course of treatment, and impairment ratings.

This authorization shall remain valid until the release of the MIR Report by the MIR Registry Program Coordinator or the withdrawal of the MIR Request. . A fax or photocopy of the authorization may be accepted in lieu of the original.

Firmado en(Signed at) _____, Tennessee, este(on this) _____ día de(day of) 20 .

Firma (Signature)

Número de Seguro Social (Social Security Number)

Testigo (Witness)

Fecha (Date)

Conforme al Código Anotado de Tennessee, todo médico, psiquiatra, quiropráctico, podiatra, hospital o proveedor de atención médica o agencia gubernamental podrá, en un plazo razonable de tiempo, que no exceda treinta (30) días, proporcionar al Coordinador del Programa de MIR toda información o registro médico autorizado aquí arriba.

Pursuant to the Tennessee Code Annotated, any physician, psychiatrist, chiropractor, podiatrist, hospital or health care provider or governmental agency shall, within a reasonable time, not to exceed thirty (30) days, provide the MIR Program Coordinator with any information or medical records authorized above.