|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Detalles del Candidato / Empleado | | | |
| Apellido: |  | Nombre: |  |
| Sexo: | Masculino  Femenino | Fecha (mm/dd/aaaa): |  |
| Cargo: |  | Calle: |  |
| Departamento: |  | Ciudad: |  |
| Ubicación del sitio de trabajo: |  | Estado / código postal: |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Expedientes divulgados de | |  | Expedientes divulgados a | |
| Nombre *(Centro Médico, Médico)*: | |  | Nombre *(Rep. Médico, Médico, Sí Mismo)*: | |
| Calle: |  |  | Calle: |  |
| Ciudad: |  |  | Ciudad: |  |
| Estado / código postal: |  |  | Estado / código postal: |  |
| Nº de teléfono: |  |  | Nº de teléfono: |  |
| Nº de fax: |  |  | Nº de fax: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Propósito o necesidad de divulgación | | | |
|  | Evaluar mi capacidad para desempeñar funciones esenciales del trabajo |  | Revisión periódica |
|  | Evaluar mi capacidad para volver al trabajo |  | Atención médica adicional |
|  | Evaluar si cualquier condición médica puede representar una amenaza directa de daño a mí mismo o a otros |  | Para la autorización para trabajar en un lugar de alto riesgo o remoto |
|  | Para otros fines (sírvase describir): | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Tipo de información a divulgar | |
|  | Informes de exámenes médicos:       a |
|  | Otro *(sírvase especificar)*: |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Autorizo la divulgación de mi expediente médico de acuerdo con la especificación mencionada arriba. Entiendo que mi información médica y los expedientes médicos son confidenciales y no pueden divulgarse sin mi autorización por escrito, salvo excepciones previstas por la ley. Entiendo que la información especificada que será divulgada puede incluir, pero se limita a: historial, diagnósticos y / o tratamiento de uso indebido de drogas o alcohol, enfermedades mentales o enfermedades transmisibles, incluyendo el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).  Entiendo que tengo el derecho de inspeccionar y recibir una copia del material divulgado. Entiendo que esta autorización es voluntaria y que no estoy obligado a firmar este formulario. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas en virtud de la autorización. Esta autorización continuará hasta la terminación de mi empleo con la Compañía, a menos que yo revoque la autorización con anterioridad. Entiendo que la información médica recopilada será guardada en un archivo confidencial separado de mi expediente de personal. |
|  | NO autorizo la divulgación de mi expediente médico. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Autorización del empleado | |  | Testigo |  |
| Nombre: |  |  | Nombre: |  |
| Firma: |  |  | Firma: |  |
| Fecha: |  |  | Fecha: |  |