

## Empleado

Por la presente autorizo a los representantes de Vensure Employer Services que se les permita obtener y revisar copias de todos los registros médicos relacionados con cualquier lesión actual o pasada o que esté relacionada con mi historia clínica. Toda la información pertinente se discutirán con otros profesionales involucrados en mi tratamiento médico y cualquier otra institución que, a través del “Programa de Compensación a los Trabajadores” o de otra manera, está pagando la totalidad o parte de los costos asociados con la atención médica.

---

**Nombre del Empleado**

---

**Número de Seguro Social**

---

**Teléfono del Empleado**

---

**Número de Reclamo**

---

**Nombre del Empleador**

---

**Fecha de la Lesión**

**Firma del Empleado:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Por favor siéntase libre de llamar al departamento de Reclamos o Control de Pérdidas de Vensure si tiene alguna pregunta.

**Favor de mandar por fax al (480) 289-6220 o correo electrónico a [claims@vensure.com](mailto:claims@vensure.com)**