



PPR-307.10  
Rev. 11/2024

## AUTORIZACIÓN PARA SUMINISTRAR INFORMACIÓN MÉDICA

Yo, \_\_\_\_\_ con número de Seguro Social XXX-XX-\_\_\_\_\_,  
(Apellido(s), Nombre del Empleado)

de manera libre, consciente, orientada y voluntaria autorizo al Negociado de la Policía de Puerto Rico a solicitar u obtener tanto de cualesquiera mis médicos particulares, proveedores de servicios de salud, como de la Corporación del Fondo del Seguro del Estado, toda aquella información médica necesaria que se relacione una condición médica reportada al Negociado. Con esta autorización relevo de responsabilidad civil, criminal o administrativa a estos proveedores médicos que brinden información al Negociado.

La información se utilizará para evaluar la autenticidad de lo reportado, para atención médica en el Negociado, reclamo de licencias o si la condición o impedimento cumple con los requisitos de la "*American With Disabilities Act, 42 USC § 12112 (1990) (ADA)*" para un acomodo razonable. Esta será utilizada o manipulada de conformidad con la ley HIPPA 42 USC § 1320 (1996), la Ley 194 – 2000 Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente y cualquier otra disposición local o Federal aplicable. La evidencia solicitada puede incluir, entre otros: diagnóstico, pronóstico, tratamiento, recomendaciones y la severidad o permanencia de la condición reportada al Negociado de la Policía de Puerto Rico. De no satisfacer los requisitos anteriores, la información médica se integrará en el proceso como recomendación que tomaremos en cuenta de efectuarse al acomodo o cualquier otro ajuste que proceda.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha (dd/mm/aaaa)