



Agencia de Indemnización Laboral de Tennessee  
220 French Landing Drive, I-B  
Nashville, TN 37243-1002  
800-332-2667

[tn.gov/workforce/article/medical-impairment-rating-mir-registry](http://tn.gov/workforce/article/medical-impairment-rating-mir-registry)

## RENUNCIA Y CONSENTIMIENTO MÉDICO PARA CLASIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD MÉDICA (MIR)

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

indemnización laboral, por la presente renuncio a todo privilegio de médico-paciente, psiquiatra-paciente, o quiropráctico-paciente que pueda tener y por la presente autorizo a todo médico, psiquiatra, quiropráctico, podólogo, hospital, proveedor de atención médica, o la Agencia de Indemnización Laboral de Tennessee a proporcionar al médico de MIR nombrado por la Agencia de Indemnización Laboral de Tennessee y/o a proporcionar a mi empleador, o al representante de mi empleador, cualquier información o documentación escrita razonablemente relacionada con mi lesión laboral o mis antecedentes médicos anteriores relevantes. Además autorizo la divulgación de esta información a mí o a mi abogado.

Esta autorización incluye, pero no se limita a: el derecho de revisar y obtener copias de todos los registros, imágenes e informes de estudios por imágenes, pruebas electrodiagnósticas, registros hospitalarios, registros de centros quirúrgicos, historias clínicas, prescripciones, diagnósticos, opiniones y cursos de tratamiento, y clasificaciones de discapacidad.

Esta autorización se mantendrá válida hasta que el Coordinador del Programa de Registro de la MIR revele el Informe de la MIR o se retire la Solicitud de la MIR. . Está permitido aceptar un fax o fotocopia de la autorización en lugar del original.

Firmado en \_\_\_\_\_, Tennessee, este \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
SSN

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

De conformidad con el Código Anotado de Tennessee, todo médico, psiquiatra, quiropráctico, podólogo, hospital o proveedor de atención médica o agencia gubernamental deberán, en un plazo de tiempo razonable que no exceda los treinta (30) días, proporcionar al Coordinador del Programa de MIR cualquier información o registro médico autorizado aquí arriba.