



P.O. Box 90459
Long Beach, CA 90809-0459

Workers' Compensation Request
Order Online at www.macropro.com

(800) 696-2511
FAX (888) 696-2270

CLIENT & BILLING INFORMATION

Order Date: _____ Required Date: _____ Ordered By: _____ Attorney Carrier
Regular Rush Super Rush (\$50 Extra per Location) Send Invoice To: _____ Attorney Carrier
Attorney's Name: _____ Carrier Name: _____
Firm Name: _____ Adjustor Name: _____
Address: _____ Address: _____
Phone: () _____ Fax: () _____
File #: _____ Contact Person: _____ Claim File #: _____ Date of Loss: _____
Email Address: _____ Email Address: _____

SUBPOENA INFORMATION

Case Caption: _____ Applicant Attorney/Pro-Per: _____
vs. _____ Address: _____
WCAB Case Number: _____
 SUBPOENA: Records Only Trial or Deposition - Appear Only
 Trial Deposition Appear with Records Hostile Witness? Y/N _____
Appearance Address: _____
 AUTHORIZATION Expiration Date _____ Judge: _____ Date: _____ Time: _____

COPY RECORDS PERTAINING TO:

Name: _____
AKA: _____
Date of Birth: _____
Social Security Number: _____

SEND COPIES TO:

Carrier: _____ Paper _____ CD _____ Download
Defense Attorney: _____ Paper _____ CD _____ Download
Applicant Attorney: _____ Paper _____ CD _____ Download
 Other _____ Paper _____ CD _____ Download
Other Address: _____

SERVE/COPY RECORDS AT:

		Record Codes/ Limit Dates	Medical Summary?
1. Location: _____	Phone Number: () _____	Codes: _____	Yes <input type="checkbox"/>
Address: _____		Limit Dates: _____	
2. Location: _____	Phone Number: () _____	Codes: _____	Yes <input type="checkbox"/>
Address: _____		Limit Dates: _____	
3. Location: _____	Phone Number: () _____	Codes: _____	Yes <input type="checkbox"/>
Address: _____		Limit Dates: _____	

Additional Locations Attached **Special Instructions:** _____

RECORD CODES

SEND MORE: Forms Envelopes

MEDICAL RECORDS

FILMS

OTHER

- M - Medical Records
- B - Medical Billing
- R - Film Reports**
- P - Psychiatric Records
- S - Sign-in Sheets

- X - X-rays
- Q - MRI's
- Z - CT Scans
- EMPLOYMENT
- E - Employment Records
- Y - Payroll Records

- A - Academic Records
- I - Insurance Records
- T - Court File
- W - WCAB File
- D - EDEX Report
- O - Other _____



AUTORIZACIÓN PARA LA LIBERACIÓN DE LOS REGISTROS

Página 1 de 2 (Page 1 of 2)

Yo autorizo (*I authorize*): _____

Nombre de la entidad con expedientes/entidad autorizada (Name of Facility with Records/Disclosing Party)

Que entreguen a (*To disclose to*): _____

Nombre de la parte que solicita, aseguranza, y/o sus abogados, mediante Macro-Pro, Inc., su agente, a revisar, inspeccionar, y/o fotocopiar

Documentos e información perteneciente a (*Documents and information pertaining to*): _____

Nombre del Paciente - Enumere otros nombres usados (Name of Patient – List Other Names Used)

Fecha de nacimiento (Date of Birth)

- **Documentos médicos**, que incluya pero no se limite a: Archivos médicos, reportes, cedulas, graficas, notas, exámenes, rayos x's, MRI's, facturas medicas, y reports de laboratorio. (*Medical records, to include but not limited to: Medical files, reports, charts, graphs, notes, tests, x-rays, MRI's, Billings and laboratory reports.*)
- **Documentos de empleo y archivos de la union**, que incluya pero no se limite a: Archivo personal, documentos de asistencia, empleo documentos, documentos médicos y de aseguranza, beneficios de pension y archivos de salario. (*Employment and/or union records, to include but not limited to: Personnel file, attendance records, employment records, medical and insurance records, pension Benefit records and wage records.*)
- **EDD (Departamento de desarrollo de empleos) expedientes or documentos de incapacidad física or desabilitacion y desempleo** (*EDD, Disability and Unemployment Records*)
- **Registros de antecedentes Penales, de Libertad Condicional, de la Prision** (*Police, Prison or Probation Records*)
- **Archivos escolares** (*Scholastic Records*)
- **Archivos de reclamos de aseguranza** (*Insurance Claim Files*)

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL (*Sensitive Information*): Con inicializando abajo, Yo autorizo la divulgacion de informacion concerniente (*By initialing below, I hereby authorize the release of information concerning*):

_____ **INFORMACIÓN PSIQUIÁTRICA**

Initial (*Psychiatric Information*)

_____ **INFORMACIÓN DE DROGAS/ALCOHOL**

Initial (*Drug/Alcohol Information*)

_____ **INFORMACIÓN DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS SEXUALMENTE**

Initial (*Sexually Transmitted Disease Information*)

_____ **HIV/SIDA EXÁMENES, DIAGNOSTICOS, TRATAMIENTOS**

Initial (*HIV/Aids Testing, Diagnosis & Treatment*)

_____ **REGISTROS GENETICOS**

Initial (*Genetic Records*)



AUTORIZACIÓN PARA LA LIBERACIÓN DE LOS REGISTROS

Página 2 de 2 (Page 2 of 2)

El solicitante puede usar la información de salud autorizada en esta forma para el siguiente propósito solamente (*The requestor may use the health information on this form for the following purposes only*):

Para el descubrimiento de reclamos de responsabilidad limitada o compensación al trabajador (*Discovery for a Liability or Workers' Compensation claim*).

DURACION: Esta autorización entrará en vigencia inmediatamente y se mantendrá vigente hasta _____ ó UN año desde el día que se firmo.

DURATION: This authorization shall become effective immediately and shall remain in effect until < date > or for ONE full year from date of signature.

REVOCAACION: Esta autorización esta también sujeta a ser revocada por escrito por el que firma a cualquier momento entre ahora y la entrega de información por la entidad que la entrega. Mi revocación escrita entrara en vigencia cuando es recibida pero no se extenderá a lo que el pedidor ú otros han actuado basándose en esta autorización.

REVOCAATION: This authorization is also subject to written revocation by the undersigned at any time between now and the disclosure of information by the disclosing party. My written revocation will be effective upon receipt but will not be effective to the extent that the requestor or others have acted in reliance upon this authorization.

RE-ENTREGAR: Yo entiendo que el pedidor no puede por ley hacer uso ó entregar la información de salud a menos que otra autorización es obtenida de mi ó al menos que el uso ó entrega es específicamente requerido o permitido por la ley.

REDISCLASURE: I understand that the requester may not lawfully further use or disclose the health information unless another authorization is obtained from me or unless such use or disclosure is specifically required or permitted by law.

**Yo entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización.
Una copia de esta autorización será considerada tan valida como la original.**

*(I understand that I have the right to receive a copy of this authorization.
A copy of this authorization shall be considered as valid as original.)*

Firma

Escriba su nombre

Fecha

