



INJURY STATEMENT - RELEASE STATEMENT
Declaración DE Lesión - Hoja de Renuncia

Name/Nombre:		Date/Fecha:
Birthdate/Fecha de Nacimiento:		
Company/Compañía:		
Department-Position/Departamento-Posición		
Date of Injury/Fecha de Lesión:	Time of Injury/Hora de Lesión:	
Witness Name/Nombre de Testigo:		
Have you had a previous similar injury?/¿Ha tenido alguna lesión antes similar? Yes/Sí or/o No		Date/Fecha:
Patient Statement as to how injury occurred and type of injury/Declaración sobre como ocurrió su lesión y tipo de lesión:		

I certify that I have answered the above questions truthfully to the best of my ability. I hereby authorize Franciscan Health Chicago Heights and Environmental Health Center to disclose any information related to this injury to my employer and hereby release Franciscan Health Chicago Heights and Health Centers from any liability arising from such disclosure. I hereby authorize my company (or any of its representatives) to be furnished any information, facts and ability to converse with any health care provider regarding this injury, including reports and records, results of diagnosis, treatment and prognosis, estimates of disability, and recommendations for further treatment. This information is to be used for the purpose of evaluating and handling my claim for injury as a result of an occurrence on or about the above-mentioned date, and for no other purpose, now or in the future.

Yo certifico que he contestado las preguntas arriba, verazmente mejor que puedo. Yo autorizo al Centro Franciscan Health de salud Ocupacional Medicine y Ambiental a divulgar información relacionado a este lesión a mí empleador y libero al Hospital Franciscan Health Chicago Heights y todos sus centros médicos de toda responsabilidad que pudiera ocurrir como resultado. Yo autorizo a mi compañía (o sus representantes) ser dado toda información, datos y habilidad a hablar con proveedor de salud acerca de este daño, incluyendo relatos y historial médico resultados diagnósticos, tratamientos y pronosticos, estimados de incapacidades y recomendación para más tratamiento. Esta información tiene como objetivo ser usada en evaluar y manejar mi reclamo de lesión que es resulta de un suceso en arriba mencionada y no por otra razón ahora o en el futuro.

Signature/Firma:	Date/Fecha:
Staff Member:	Date:
Treatment Authorized by:	Phone: