

Dirigido a:

"Refuon" - empresa de servicios de información y recopilación de información médica

Representante o delegado (en adelante: el solicitante) conforme se requiere por ley

Asunto: **Renuncia al secreto médico**

Yo, el abajo firmante, reconozco por mí mismo otorgar por la presente autorización a todo el plantel de profesionales médicos y/o instituto médico y/o cualquier empleado del Instituto Nacional de Seguros y/o cualquier empleado en el ámbito social y/o de enfermería y/o de la Prisión y/o Ejército Israelí y/o Ministerio de Defensa y/o Ministerio de Educación y/o Servicio Psicológico y/o Ministerio de la Salud de proporcionar a los solicitantes todo dato y documento sin excepción respecto de mi estado de salud y/o social y/o de cuidado y/o de rehabilitación y/o mis logros escolares y/o acerca de cualquier enfermedad que haya padecido en el pasado o que aún padezco, autorizando asimismo a cualquiera de la Compañías de Seguros de proporcionar materiales y/o información que se refiera a los seguros y reclamaciones de cualquier tipo y/o accidentes ocurridos anteriormente o posteriormente incluyendo el estado de la reclamación, la cantidad del pago y fecha específica.

Relevo por la presente a ustedes y/o cualquiera de sus médicos y/o cualquier empleado de sus empleados y/o cualquiera de sus institutos incluyendo hospitales generales y/o psiquiátricos y/o de rehabilitación y cualquier sucursal de sus institutos y/o cualquier departamento del Ministerio de Educación y/o el Servicio Psicológico y/o el Ministerio de la Salud de toda obligación respecto de mantener el secreto médico concerniente a mi salud y/o mi estado de rehabilitación y/o social y/o de cuidado y/o mis logros escolares y permitirles por la presente proporcionar cualquier información de cualquier archivo abierto en mi nombre en el Instituto Nacional de Seguros incluida la información o documento sobre los pagos que el Instituto Nacional de Seguros me haya efectuado. Renuncio al derecho a dicho secreto respecto de los solicitantes, y no tendré ninguna queja o reclamación de cualquier tipo con ustedes por haber proporcionado la información anteriormente mencionada. Esta renuncia incluye también a los datos sobre los médicos que he visitado que se encuentran en la información reservada en todos los institutos anteriormente mencionados.

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ Médico de Cabecera: \_\_\_\_\_

Cédula de Identidad No.: \_\_\_\_\_ Médico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

No. de Identidad: \_\_\_\_\_

Sociedad Médica: \_\_\_\_\_

Sucursal: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre del testigo y su firma: \_\_\_\_\_