

13. Describa su problema en forma detallada. Si fuera necesario, agregue páginas adicionales. Incluya **copias** de documentos importantes, cartas o cualquier otra información que esté relacionada con su problema.

ENVÍE SOLAMENTE COPIAS, NO ENVÍE ORIGINALES NI FOTOS.

14. Indique cómo cree que su problema debería ser resuelto.

15. ¿Nos informó sobre este problema anteriormente? ¿Informó a algún otro organismo gubernamental?

Sí No En caso afirmativo, especifique el organismo y la medida tomada.

Consentimiento para divulgar información

La información que he brindado anteriormente es fiel reflejo de la verdad, a mi leal saber y entender. Esta información puede enviarse a la compañía de seguros o al agente involucrado. Toda la información médica que he brindado podrá compartirse con la compañía de seguros si fuera necesario para investigar este asunto. Entiendo que conforme a las leyes de apertura de historiales de Wisconsin, toda la información contenida en mi archivo, incluyendo la información personal y médica, podrá hacerse pública cuando éste quede cerrado. Conforme a s. 146.82, Wis. Stat., sólo son confidenciales aquellos registros médicos reales obtenidos de un proveedor de atención médica.

Firma

Fecha

13. Describa su problema en forma detallada. Si fuera necesario, agregue páginas adicionales. Incluya **copias** de documentos importantes, cartas o cualquier otra información que esté relacionada con su problema. (Continuación)