



Sello de Fecha de
Presentación Aquí
Filed Date Stamp Here

**CERTIFICACIÓN DE HISTORIAL MÉDICO
MEDICAL RECORD CERTIFICATION**

División de Compensación a Trabajadores de Tennessee
Tennessee Division of Workers' Compensation
220 French Landing Drive
Nashville, TN 37243
Facsimile: 615-253-2480

tn.gov/workerscomp
wc.courtclerk@tn.gov
1-800-332-2667

Número del Expendiente
Docket #: _____

Número del Archiro Estatal/
State File #: _____

Número RFA
RFA #: _____

Fecha de Lesión
Date of Injury: _____

NSS
SSN: _____

**CERTIFICACIÓN DE HISTORIAL MÉDICO
MEDICAL RECORD CERTIFICATION**

Empleado/Employee

Employer and Carrier/Empleador y Aseguradora

Según el Reglamento 0800-02-21.16(2)(b), el suscrito
Pursuant to Rule 0800-02-21.16(2)(b), the undersigned

- proveedor médico
medical provider
- custodio de los historiales
custodian of the records

Certifica que los registros médicos adjuntados de _____ son
(nombre del proveedor médico)
verdaderos y precisas.

certifies that the attached medical records of _____ are true and
(name of medical provider)
accurate.

Firma/Signature

Nombre en letra de molde/Printed Name

Fecha/Date