



**CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA LA DIVULGACIÓN DE
REGISTROS PARA UNA APELACIÓN EXTERNA DEL ESTADO DE NY**

3213 (Rev. 03/23) Página 1 de 1

El paciente, la persona designada por el paciente y el proveedor del paciente tienen el derecho a una apelación externa de ciertas determinaciones adversas hechas por los planes de salud.

Cuando se solicita una apelación externa, es necesario que el paciente firme y feche un consentimiento para la divulgación de sus registros médicos. Un agente de apelación externa asignado por el Departamento de Servicios Financieros del Estado de Nueva York utilizará este consentimiento para obtener información médica del plan de salud del paciente y de sus proveedores de servicios de salud. El nombre y la dirección del agente de apelación externa se incluirán con la solicitud de información médica.

Autorizo a mi plan de salud y a mis proveedores a divulgar todos los registros médicos y de tratamiento relevantes que estén relacionados con la apelación externa, incluyendo toda información relacionada con VIH, información sobre tratamientos de salud mental, o información sobre tratamiento por abuso de alcohol o sustancias, al agente de apelación externa. Comprendo que el agente de apelación externa utilizará esta información solamente para tomar una decisión sobre la apelación y que la información se mantendrá confidencial y no se divulgará a nadie más. Esta autorización tiene una vigencia de un año. Puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida en la que ya se hayan realizado acciones contando con él, comunicándolo por escrito al Departamento de Servicios Financieros del Estado de Nueva York. Comprendo que mi plan de salud no puede condicionar mi tratamiento, inscripción, elegibilidad o pagos al hecho de firmar este formulario. Reconozco que la decisión del agente de apelación externa es vinculante. Acepto no comenzar un procedimiento legal en contra del agente de apelación externa para revisar la decisión del agente; sin embargo, esto no limitará mi derecho a iniciar una acción judicial contra el agente de apelación externa por daños debido a mala fe o negligencia grave, o a iniciar una acción judicial contra mi plan de salud.

Si el paciente o la persona designada por el paciente presenta esta solicitud, al firmar el Consentimiento del paciente para la divulgación de registros para una apelación externa del Estado de Nueva York el paciente declara que la información proporcionada en esta solicitud es veraz y precisa hasta donde tiene conocimiento.

Se requiere la firma del paciente en la parte inferior. Si el paciente es menor de edad, el documento debe ser firmado por su padre, madre o tutor legal. Si el paciente ha fallecido, el documento debe ser firmado por el apoderado para cuidado de la salud o el albacea del paciente. Si es firmado por un tutor, representante legal, apoderado para cuidado de la salud o albacea, debe incluirse una copia del documento que sirva como respaldo legal.

Firma:			
Nombre en letra de molde:			
Relación con el paciente, si la hay:			
Nombre del paciente:		Edad:	
N° de identificación del plan de salud del paciente:			
Fecha (obligatoria):			

SOLO PARA USO INTERNO

- ☐ El paciente no es capaz de otorgar su consentimiento debido a su afección
- ☐ El paciente se negó a firmar

Nombre del Miembro del Personal del hospital

Fecha y hora