



# Departamento de Seguros de Illinois

## Nombramiento de Formulario de Representante Autorizado

Illinois Department of Insurance  
320 West Washington Street  
Springfield, IL 62767-0001  
877-527-9431 (toll free)  
217-524-4872 (TDD)  
<http://insurance.illinois.gov>

Actualizado - 12/11/2017

Este formulario debe estar completado en su totalidad. Si alguno de los campos no se completa luego de la presentación, será rechazado.

Este formulario debe completarse cuando alguien que no sea el paciente, padre o tutor representa al paciente en esta apelación. Los Proveedores de Atención Médica deben completar este formulario para actuar como un Representante Autorizado. Esta autorización puede ser revocada en cualquier momento mediante notificación por escrito al Departamento de Seguros.

<u>Paciente</u>			
Apellido	Nombre	Inicial	
Dirección	Ciudad	Estado	Zip
Número de Teléfono	Correo Electrónico	Edad	

<u>Persona Quien Autorizo Para Continuar Mi Apelación (Representante Autorizado)</u>			
Relación al paciente			
Apellido	Nombre	Inicial	
Dirección	Ciudad	Estado	Zip
Número de Teléfono	Correo Electrónico		
Nombre de Organización (si aplica)	Número de Queja (si aplica)		

<u>Firma para autorización</u>	
<p>Autorizo a la persona identificada anteriormente para que realice esta revisión en mi nombre y para que tenga acceso a mi información personal de salud e información financiera. Entiendo que mi aprobación de esta autorización es voluntaria y puedo finalizar mi aprobación de esta autorización, por escrito, en cualquier momento.</p> <p>Al firmar a continuación, autorizo la publicación de los registros médicos necesarios para esta revisión. Entiendo que estos registros se pueden obtener por la aseguradora, la empresa de revisión de utilización, y/o cualquier proveedor(es) médico(s) relevante(s) y será utilizado únicamente con el propósito de realizar esta revisión y puede ser vista por un auditor del Departamento de Seguro para la revisión de la calidad y la examinación de los propósitos del registro.</p> <p>Entiendo que la información relacionada SOLAMENTE con esta revisión se compartirá con la persona autorizada.</p>	
Firma del Paciente (si es menor de 18, firma del padre o guardian)	Fecha