

Form Name: David V. Lopez, M.D. - NOTICE OF Release of Medical Records (Spanish)

AVISO DE REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO PARA REPRESENTACIÓN EN APELACIONES DE DETERMINACIONES DE GESTIÓN DE UTILIZACIÓN Y DE AUTORIZACIÓN DE LIBERACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

En cualquier momento, puede revocar el consentimiento que otorgó permitiendo que un proveedor de atención médica lo represente en una apelación de una determinación de gestión de utilización y permitiendo la liberación de sus registros médicos al DOBI, los IURO y los profesionales médicos que contratan con los IURO. Puede utilizar este formulario para revocar su consentimiento, o puede presentar otra evidencia escrita de su intención de revocar el consentimiento, si así lo prefiere. De cualquier manera, si aún no ha recibido una determinación de gestión de utilización de Etapa 2 del asegurador, envíe la revocación escrita y firmada al asegurador a la dirección indicada en el aviso escrito del asegurador con respecto a la determinación inicial de gestión de utilización del asegurador. Si ha recibido una determinación de gestión de utilización de Etapa 2, entonces su revocación debe enviarse a:

New Jersey Department of Banking and Insurance
Consumer Protection Services
Office of Managed Care – Attn: IHCAP
P.O. Box 329
Trenton, New Jersey 08625-0329

O para servicio de mensajería a: 20 West State Street O por fax al: (609) 633-0807
También puede enviar una copia de su aviso de revocación al proveedor de atención
médica.

¡SÓLO COMPLETE Y ENVÍE ESTO CUANDO Y SI DESEA REVOCAR SU CONSENTIMIENTO!

REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO PARA REPRESENTACIÓN Y LIBERACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS EN APELACIONES DE DETERMINACIONES DE GESTIÓN DE UTILIZACIÓN

- Por la presente, revoco mi consentimiento para la representación por (escribir a continuación) y mi autorización para la liberación de registros médicos en una apelación de una determinación adversa de gestión de utilización. Entiendo que al revocar el consentimiento, la apelación de gestión de utilización puede no ser llevada a cabo por mi proveedor de atención médica. Comprendo que esta revocación puede ocurrir después de que mi información médica y personal ya se haya compartido con el DOBI, los IURO y los profesionales médicos con los que los IURO contratan, pero que no se realizará ninguna distribución adicional de registros en este asunto en base a mi autorización, y que todas las partes deben mantener confidencial toda mi información médica y personal.

Nombre de la empresa impreso

Print your full name and sign:

X

Ip Address

Relación con el paciente:

SEGURO IDENTIFICACIÓN #

Yo soy el paciente Soy el representante personal

Información de Contacto del Representante Personal

Información de contacto del Representante Personal

Por favor, proporcione la siguiente información de contacto SI es diferente a la información de contacto del paciente:

NOMBRE EN IMPRENTA:

DIRECCIÓN:

TELÉFONO:

FAX:

CORREO ELECTRÓNICO: