



**PODER LIMITADO PARA DEMANDAR EL PAGO,
LAS APELACIONES Y LA AUTORIZACIÓN
PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA**

Al firmar este documento, usted otorga al hospital un poder limitado para llevar a cabo apelaciones y demandar el pago por parte de su seguro de salud, su organización para el mantenimiento de la salud u otro pagador ("Plan de salud") por los servicios de atención de la salud que recibió del hospital y autoriza la divulgación de información médica.

Yo, _____, residente en _____, designo a St. Luke's Cornwall Hospital ("Hospital"), ubicado en 70 Dubois Street, Newburgh, NY 12550, y 19 Laurel Avenue, Cornwall, NY 12518, como mi apoderado y representante autorizado para actuar en mi nombre y tomar todas las medidas necesarias, según determine el hospital, para solicitar el pago de parte de mi Plan de salud y/o llevar adelante las apelaciones disponibles según las pólizas o los procedimientos de mi Plan de salud y/o la ley correspondiente, que incluye, entre otras cosas, apelaciones externas en conformidad con las leyes del Estado de Nueva York y las leyes federales, relacionadas con los servicios de atención médica suministrados por el hospital. El hospital no me cobrará los servicios utilizados al realizar estas apelaciones. Si el hospital realiza apelaciones y obtiene resultados favorables, acuerdo en que mi Plan de salud pagará los gastos adeudados por dichos servicios de atención médica directamente al hospital.

Al demandar el pago o las apelaciones:

- C. Autorizo al hospital y a mi Plan de salud a divulgar toda la información médica pertinente, incluso (si corresponde) información relacionada con VIH, tratamientos de salud mental o abuso de sustancias o alcohol, que sea necesaria para demandar el pago de parte de mi Plan de salud. Comprendo que esta información podría ser divulgada, sólo si es necesario, a un agente de apelación externa, árbitro, tribunal de justicia ordinario u otro revisor independiente responsable de decidir el pago de una reclamación ("Revisor independiente"). Comprendo que el Revisor independiente utilizará esta información para tomar una decisión en relación con el pago y/o una apelación. Esta autorización para la divulgación de mi registro médico es válida sólo por un año a partir del momento en que firmo la autorización o de que el hospital lo hace como apoderado; y
- D. Autorizo al hospital a completar, realizar, confirmar, sellar y prestar cualquier consentimiento, demanda, solicitud, aplicación, acuerdo, autorización u otros documentos necesarios, entre los cuales se incluye la solicitud de una apelación a mi Plan de salud y/o una apelación externa al Departamento de Salud del Estado de Nueva York, el Departamento de Seguros, el Departamento de Trabajo de EE. UU. y/u otra agencia u organismo correspondiente.

Mi posterior incapacidad o inhabilidad no afectarán este Poder limitado y autorización, que yo podría revocar en cualquier momento, previo aviso por escrito al hospital.

EN FE DE LO CUAL, firmo el presente poder el día _____ de _____, 20 _____

SU FIRMA _____

Testigo: _____

Nombre/Título (en letra de imprenta): _____



**PODER LIMITADO PARA DEMANDAR EL PAGO,
LAS APELACIONES Y LA AUTORIZACIÓN
PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA**

**PARA SER FIRMADO POR UN REPRESENTANTE DEL HOSPITAL MÁS ADELANTE
CUANDO SE UTILIZARÁ EL PODER LIMITADO.**

**DECLARACIÓN JURADA POR ESCRITO CON PLENA VIGENCIA DEL PODER LIMITADO
(Firmar ante un Notario público)**

ESTADO DE NUEVA YORK a saber:
CONDADO DE _____, bajo el debido juramento, declara que:

1. El Mandante designó por escrito a St. Luke's Cornwall Hospital (el "Hospital") como su APODERADO de hecho y verdadero en el presente poder.
2. El Hospital no tiene conocimiento real ni ha recibido un aviso de revocación del Poder debido a la muerte del Mandante u otro factor, ni tiene conocimiento sobre ningún hecho que indique esto mismo. El Hospital manifiesta que el Mandante está con vida y no ha revocado ni repudiado el Poder, que se encuentra vigente.
3. El Hospital presenta esta declaración jurada por escrito con el fin de que _____
_____ (Plan de salud u otra persona o entidad) acepte la entrega de los siguientes instrumentos, según fueron ejecutados por el hospital en su capacidad de APODERADO, con pleno conocimiento de que la implementación y entrega de los instrumentos y la consideración de la importante contraprestación acordada dependerán de la presente declaración jurada por escrito.

Por:
Nombre:
Título:
APODERADO

Declarado ante juramento ante mí el día _____ de _____, 20 _____

NOTARIO PÚBLICO

**PODER LIMITADO
PARA DEMANDAR EL PAGO Y LAS APELACIONES
Y PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA**

PREGUNTAS Y RESPUESTAS

Este formulario está diseñado para ofrecer respuestas a las preguntas más frecuentes, en relación con el Poder limitado para demandar el pago y las apelaciones y para divulgar información médica. No dude en formular cualquier pregunta adicional.

1. **¿Qué es este Poder?** Este Poder limitado autoriza al Hospital a demandar el pago a su Plan de salud en caso de que éste rechace el pago de los servicios suministrados por el Hospital.
2. **¿Qué tipo de autoridad legal otorgo al Hospital al firmar este formulario?** Al firmar este formulario, usted autoriza al Hospital a apelar en su nombre ante su Plan de salud. El Hospital podrá apelar una denegación ante un agente de revisión independiente en los casos permitidos por la ley del Estado de Nueva York y otras leyes ("Revisor independiente"). Usted también autoriza al Hospital a divulgar su registro médico al Plan de salud y/o al Revisor independiente.
3. **¿Es posible que el Hospital utilice este formulario para tomar otras decisiones en mi nombre?** No, el hospital no posee autoridad para tomar otras decisiones en su nombre, como las decisiones sobre sus asuntos personales o de negocios, o las decisiones sobre su atención médica.
4. **Una vez que firme este Poder, ¿puedo contactar a mi Plan de salud o emitir reclamos?** Sí, puede continuar abogando por usted mismo del modo que desee. Sin embargo, si también se comunicara con el Plan de salud en relación con una denegación de pago por los servicios hospitalarios, le recomendamos que también le informe al Hospital de modo que tanto usted como el Hospital puedan coordinar sus esfuerzos para obtener el pago.
5. **¿El Hospital me cobrará un cargo por sus esfuerzos de acuerdo cuando utilice el Poder?**
No, el hospital procura que el Plan de salud pague los servicios médicos que el Hospital le brindó. No se le cobrará un cargo por los esfuerzos que realice el Hospital por obtener el pago.
6. **¿El Poder permanecerá en vigencia si más adelante se me considera incapacitado o incompetente?** Sí, el Poder tendrá vigencia hasta que usted lo revoque. La autorización para divulgar su registro médico sólo tiene vigencia por un año.
7. **¿Qué sucede si más adelante no deseo que el Hospital no posea el Poder?**
Puede revocarlo en cualquier momento. Puede hacerlo al informar al Hospital por escrito que revoca el Poder.