



**PATIENT CONSENT FOR THE RELEASE OF RECORDS TO PURSUE PAYMENT, APPEALS
AND AUTHORIZATION**

The patient, the patient's designee, and the patient's provider have a right to an external appeal of certain adverse determinations made by health plans.

When an external appeal is filed, a consent to the release of medical records, signed and dated by the patient, is necessary. An external appeal agent assigned by the St. Luke's Cornwall Hospital will use this consent to obtain medical information from the patient's health plan and health care providers. The name and address of the external appeal agent will be provided with the request for medical information.

I authorize my health plan and providers to release all relevant medical or treatment records related to the external appeal, including any HIV-related information, mental health treatment information, or alcohol / substance use treatment information, to the external appeal agent. I understand the external appeal agent will use this information solely to make a decision on the appeal and the information will be kept confidential and not released to anyone else. This release is valid for one year. I may revoke my consent at any time, except to the extent that action has been taken in reliance on it, by contacting the St. Luke's Cornwall Hospital in writing. I understand that my health plan cannot condition treatment, enrollment, eligibility, or payment on whether I sign this form. I acknowledge that the decision of the external appeal agent is binding. I agree not to commence a legal proceeding against the external appeal agent to review the agent's decision; provided, however, this shall not limit my right to bring an action against the external appeal agent for damages for bad faith or gross negligence, or to bring an action against my health plan.

If the patient or the patient's designee submits this application, by signing the Patient Consent to the Release of Records for External Appeal, the patient attests that the information provided in this application is true and accurate to the best of his or her knowledge.

Signature of patient is required below. If the patient is a minor, the document must be signed by their parent or legal guardian. If the patient is deceased, the document must be signed by the patient's healthcare proxy or executor. If signed by a guardian, power of attorney, healthcare proxy or executor, a copy of the legal supporting document should be included.

Patient/Guardian Signature: _____ Date: _____ Time: _____

Print Name: _____ Relationship to Patient: _____

Witness: _____ Date: _____ Time: _____

Print Name/Title: _____



CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA LA PUBLICACIÓN DE REGISTROS PARA PERSEGUIR EL PAGO, APELACIONES Y AUTORIZACIÓN

El paciente, la persona designada por este y su proveedor tienen derecho a solicitar una apelación externada determinadas resoluciones desfavorables realizadas por los planes de salud.

Cuando se presenta una apelación externa, resulta necesario el consentimiento respecto de la divulgación de los registros médicos, el cual deberá ser firmado y fechado por el paciente. El representante de apelaciones externas designado por el Departamento de Servicios Financieros del St. Luke's Cornwall Hospital utilizará este consentimiento para obtener la información médica de los proveedores de atención médica y del plan de salud del paciente. El nombre y la dirección del representante de apelaciones externas se proporcionarán con la solicitud de información médica.

Autorizo a mi plan de salud y proveedores a divulgar al representante de apelaciones externas todos los registros médicos o de tratamientos relevantes que se relacionen con la apelación externa, incluso toda información relacionada con el VIH, tratamiento de salud mental o para el abuso de alcohol o sustancias. Comprendo que el representante de apelaciones externas utilizará esa información únicamente para tomar una decisión sobre la apelación y dicha información conservará su carácter confidencial y no será divulgada a ninguna otra persona. Esta divulgación es válida por un año. Puedo revocar mi consentimiento en todo momento, salvo en la medida en que se haya iniciado alguna acción sobre la base de dicho consentimiento. Para ello, debo ponerme en contacto por escrito con el Departamento de Servicios Financieros del St. Luke's Cornwall Hospital. Entiendo que mi plan de salud no puede condicionar el tratamiento, la inscripción, la elegibilidad o el pago en base a si firmo este formulario o no. Reconozco que la decisión del representante de apelaciones externas es vinculante. Acuerdo no iniciar ningún proceso legal contra el representante de apelaciones externas a fin de revisar su decisión; sin embargo, esto no limitará mi derecho a iniciar alguna acción contra dicho representante por los daños y perjuicios ocasionados a causa de su mala fe o negligencia grave, o alguna otra acción contra mi plan de salud.

Si el paciente o la persona que este designe presenta esta solicitud, mediante la firma del Consentimiento del Paciente para la Divulgación de los Registros con motivo de la Apelación Externa del Estado de Nueva York, dicho paciente certifica que la información provista en esta solicitud es verídica y precisa a su leal saber y entender.

Se requiere la firma del paciente debajo. Si el paciente es menor de edad, el documento deberá ser firmado por su padre o tutor legal. Si el paciente ha fallecido, el documento deberá ser firmado por el apoderado o albacea de atención médica del paciente. Si está firmado por un tutor, abogado, apoderado de atención médica o albacea, deberá incluirse una copia del documento legal que lo respalde.

_____ Paciente/Familiar/Tutor*	_____ Nombre en letra de imprenta	_____ Relación con el paciente	_____ Fecha	_____ Hora
_____ Intérprete (si fuera necesario)	_____ Nombre en letra de imprenta	_____ Fecha	_____ Hora	
_____ Testigo	_____ Nombre en letra de imprenta	_____ Fecha	_____ Hora	