



Departamento de Seguros de Illinois

Nombramiento de Formulario de Representante Autorizado

Illinois Department of Insurance
4800 Wabash Avenue
Springfield, IL 62711
877-527-9431 (toll free)
217-524-4872 (TDD)
<https://doi.illinois.gov/>

Actualizado - 6/2026

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>
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. Al firmar a continuación, autorizo la publicación de los registros médicos necesarios para esta revisión. Entiendo que estos registros se pueden obtener de la compañía de seguros, la compañía de revisión de utilización y/o cualquier médico relevante y se utilizarán únicamente con el propósito de llevar a cabo esta revisión y pueden ser vistos por un auditor del Departamento de Seguros para revisión de calidad y examen de registro. Entiendo que la información relacionada SOLAMENTE con esta revisión se compartirá con la persona autorizada. Firma del Paciente (si es menor de 18, firma del padre o guardian) _____ Fecha _____