



INFORMACIÓN DE REFERENCIA DE PACIENTE NUEVO

Por favor complete *todos los campos*. Use "N/A" si no corresponde.

Información general

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Cremallera: _____ Género Masculino Femenino

Teléfono de casa: _____ Teléfono móvil: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Información de Contacto en caso de Emergencia

Nombre del contacto de emergencia: _____ Relación con el paciente: _____

Teléfono de casa del contacto de emergencia: _____ Teléfono móvil: _____

Correo electrónico del contacto de emergencia: _____

Información del seguro

Compañía de seguros del automóvil del paciente: _____

Número de póliza: _____ Número de reclamo: _____

Nombre del ajustador: _____ Número de teléfono del ajustador: _____

Compañía de seguros de automóviles para la otra parte: _____

Número de póliza: _____ Número de reclamo: _____

Nombre del ajustador: _____ Número de teléfono del ajustador: _____

Información de accidentes

Fecha del Accidente: _____ Fecha del primer tratamiento: _____

Nombre del abogado: _____ Número de teléfono del abogado: _____



CESIÓN IRREVOCABLE DE PRODUCTOS

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento del paciente: _____

Fecha del incidente _____

Yo, el paciente que suscribe (o el tutor legal de un paciente menor), del proveedor de _____ (la SyndeoCare), para siempre e irrevocablemente asigno todos y cada uno de los ingresos que recibo de cualquier seguro compañía(s), a pagar directamente a SyndeoCare LLC ("SyndeoCare") por los servicios médicos profesionales que me brindó un proveedor dentro de la red de proveedores contratada de SyndeoCare ("Proveedor de SyndeoCare") en relación con la Fecha del Incidente mencionada anteriormente. También reconozco que he ejecutado una Autorización de HIPAA que ordena a SyndeoCare que proporcione cierta información a la(s) compañía(s) de seguros.

Como contraprestación por la ejecución de esta Cesión irrevocable de ingresos, declaro que el proveedor de SyndeoCare me ha brindado servicios médicos a pedido mío, que estoy al tanto de la naturaleza y el costo de todos los servicios así provistos y que como contraprestación por su indulgencia de su derecho legal de exigirme el pago en el momento en que se prestaron dichos servicios, dicho Proveedor de SyndeoCare se basó en mi declaración expresa e intención de ejecutar e instruir que esta Cesión irrevocable de los ingresos se aplicará a los ingresos del seguro a los que tengo derecho, y que el monto de dichos ingresos se pague a SyndeoCare, en el momento en que reciba un acuerdo de seguro u otro acuerdo/premio monetario.

En caso de que no haya una recuperación o una recuperación insuficiente de la(s) compañía(s) de seguros u otra fuente para reembolsar a SyndeoCare los montos que pagó al proveedor de SyndeoCare por mi atención, entiendo que soy directa y totalmente responsable de reembolsar a SyndeoCare por dichos montos no recuperados de mis facturas médicas. Si no tengo un abogado y luego decido contratar uno, entonces acepto (1) proporcionar a SyndeoCare la información de contacto sobre ese abogado; y (2) notificar a ese abogado sobre la existencia de esta Cesión irrevocable de ganancias. Reconozco que SyndeoCare pagará al proveedor de SyndeoCare todas las facturas médicas asociadas con los servicios que me brindó; y por lo tanto, acepto permitir que SyndeoCare presente una Declaración de Financiamiento del Código Comercial Uniforme-1 (UCC-1) y/o Gravamen de Hospital/Servicios de Emergencia/Proveedor de Atención Médica, según corresponda, como un instrumento de garantía para garantizar el pago de los servicios médicos profesionales prestados. durante mi recuperación y específicamente acepto y afirmo que la(s) compañía(s) de seguros deben pagar a SyndeoCare el cien por ciento (100%) del monto de la factura presentada por SyndeoCare por cualquier atención que reciba durante mi tratamiento.

Si, por cualquier motivo, yo, en lugar de SyndeoCare, recibo un pago por medio de un acuerdo, sentencia o veredicto, acepto no aceptar ningún dinero de la(s) compañía(s) de seguros ni del abogado de ninguno de los ingresos que tengo aquí. asignado a SyndeoCare, e instruiré a la(s) compañía(s) de seguros o al abogado para que entreguen dicho pago, liquidación, juicio o producto del veredicto a SyndeoCare para garantizar que SyndeoCare se pague en su totalidad con los primeros ingresos recibidos o pagados por la(s) compañía(s) de seguro) o abogado.

Escriba el nombre del paciente: _____ Fecha: _____

FIRMA DEL PACIENTE/REPRESENTANTE LEGAL: _____

(Si está firmado por otra persona que no sea el paciente, indique la relación con la firma)

NOTA: SI LA PÓLIZA DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS REQUIERE UN GRAVAMEN REGISTRADO/PRESENTADO PARA EL PAGO DIRECTO, COMUNÍQUESE CON LA OFICINA DE SYNDEOCARE ANTES DE RESOLVER SU CASO. SYNDEOCARE LE PROPORCIONARÁ EL PAPELEO NECESARIO.

CONFIDENCIAL

CONFIDENCIAL

AUTORIZACIÓN PARA USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre de la persona/Nombres anteriores	Fecha de nacimiento
	()
Dirección	Ciudad, Estado, Código Postal, Teléfono

POR LA PRESENTE AUTORIZA:

PARA OBTENER Y/O DIVULGAR PROTEGIDOS
INFORMACIÓN DE SALUD A:

Nombre de la persona u organización que realiza la divulgación	Nombre de la persona u organización que recibe información de salud protegida
Dirección	
Ciudad (*): Estado (*): Código postal	

INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA PARA SER UTILIZADA O DIVULGADA:

La siguiente es una descripción específica de la información de salud que autorizo para ser utilizada y/o divulgada

Apruebo específicamente la divulgación de los siguientes registros médicos: [Marque todo lo que corresponda]

Tratamiento de lesiones derivadas de un incidente el (fecha)	Discapacidades del desarrollo	resultados de la prueba del VIH
Expedientes de Salud Mental (Excluyendo Notas de Psicoterapia) Otro (Especifique):		

Para la(s) siguiente(s) fecha(s): Desde Hasta (Desde la fecha de la lesión hasta dos años después de la fecha de la lesión)

PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN: (Marque las categorías aplicables)

Atención coordinada	Elegibilidad/Beneficios del seguro	Atención médica adicional	Resolución de Reclamos
Otra especificar):			

SUS DERECHOS CON RESPECTO A ESTA AUTORIZACIÓN:

Derecho a recibir una copia de esta autorización: entiendo que si firmo esta autorización, se me proporcionará una copia de esta autorización.

Derecho a negarse a firmar esta autorización: entiendo que no tengo ninguna obligación de firmar este formulario. Negarme a firmar esta autorización no me impedirá recibir tratamiento de los proveedores, presentar reclamos a cualquier compañía de seguros aplicable para obtener el pago de dicho tratamiento o la elegibilidad para los beneficios adeudados en virtud de la cobertura del seguro. Si no firmo este formulario, SyndeoCare no podrá brindar asistencia financiera ni administrativa para obtener el reembolso de mi reclamo por lesiones contra la compañía de seguros correspondiente. Esto significa que estaré obligado a pagar a mis proveedores de atención por los servicios que recibo y manejar la presentación de reclamos a las compañías de seguros sin la asistencia de SyndeoCare.

Derecho a retirar esta autorización: entiendo que tengo derecho a retirar esta autorización en cualquier momento proporcionando una declaración de retiro por escrito a SyndeoCare. Soy consciente de que mi retiro no será efectivo hasta que SyndeoCare lo reciba y no será efectivo con respecto a los usos y/o divulgaciones de mi información de salud que una entidad cubierta haya realizado de conformidad con esta autorización, antes de recibir mi declaración de retiro.

Derecho a inspeccionar o copiar la información de salud que se usará o divulgará: entiendo que tengo derecho a inspeccionar o copiar (se pueden proporcionar copias a un costo razonable) la información de salud que autoricé para usar o divulgar mediante este formulario de autorización. . Puedo hacer arreglos para inspeccionar mi información de salud u obtener copias de mi información de salud comunicándome con SyndeoCare a la dirección mencionada anteriormente.

AVISO DE NUEVA DIVULGACIÓN: Entiendo que la información utilizada o divulgada con base en esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación y ya no estará protegida por las normas federales de privacidad.

FECHA DE VENCIMIENTO: Esta autorización es válida hasta (indicar fecha o evento) . Al firmar esta autorización, confirmo que refleja fielmente mis deseos.

FIRMA DEL PACIENTE/REPRESENTANTE LEGAL:	FECHA:
(Si está firmado por otra persona que no sea el paciente, indique la relación con la firma)	