



AUTORIZACIÓN DE PACIENTE NUEVO

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO:

Por la presente, autorizo el tratamiento de la persona nombrada a continuación por parte de Neuron Connect. Además, acepto pagar todas las tarifas y cargos por dicho tratamiento de inmediato, al presentar una declaración, a menos que se hayan acordado arreglos previos por escrito. Se acepta que los cargos que se muestran en el estado de cuenta son correctos y razonables, a menos que se proteste por escrito dentro de los treinta (30) días posteriores a la fecha de facturación. Esta oficina proporcionará un formulario HCFA para que lo envíe a mi compañía de seguros si debo solicitar uno. En caso de que sea necesaria una acción legal para cobrar un saldo impago, acepto pagar todos los honorarios razonables de abogados u otros costos judiciales según se determine apropiado.

AUTORIZACIÓN PARA ENVIAR Y RECIBIR INFORMACIÓN POR CORREO ELECTRÓNICO:

Por la presente autorizo a Neuron Connect a ponerse en contacto conmigo a través del correo electrónico que se ha proporcionado.

ACUSE DE RECIBO DE LAS PÓLIZAS:

Reconozco que se me ha mostrado una copia del Aviso de los derechos del paciente. Además, reconozco que (1) me dieron una copia de dichos documentos a pedido o (2) no necesito una copia de dicho documento.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN:

Autorizo que todos los beneficios del seguro, a menos que yo mismo los haya pagado previamente, se paguen a Neuron Connect y autorizo la divulgación de toda la información requerida en el procesamiento del reclamo de seguro presentado en mi nombre. Además, autorizo la divulgación de toda la información médica que se considere necesaria para mi atención médica a mi médico remitente, médicos de atención primaria, cónyuge, hijos, padres y cualquier médico que se considere necesario.

Nombre completo del paciente: _____

Fecha de firma: _____