



South Charlotte General & Vascular Surgery

10512 Park Rd.

Suite 111

Charlotte, NC 28210

P: 704-910-8380 F: 704-817-9980

James N. Antezana, M.D.

ASIGNACIONES DEL INGRESOS, DE GRAVAMENES Y AUTORIZACIONES

Por la presente autorizo y dirijo a todos los seguros transportistas, abogados, agencias, departamentos gubernamentales, empresas, individuos y personas jurídicas / o, que puede elegir o ser obligado a pagar, ofrecer o distribuir beneficios a mí por alguna condición médica, accidentes, lesiones o enfermedades, pasado, presente o futuro para pagar directamente y exclusivamente a South Charlotte General y Cirugía Vascular, PLLC (SCGVS) las sumas que puedan deberse a SCGVS por los cargos incurridos por mí en la oficina relacionada con mi condición, con este tipo de pagos a constituidos exclusivamente en nombre de SCGVS. Concedo además un gravamen a SCGVS con respecto a mis cargos. Este gravamen se aplicará a todos los contribuyentes y en la medida permitida por la ley. A los efectos de este documento, "beneficios" debe incluir, pero no limitarse a, ganancias de cualquier acuerdo, fallo o veredicto, así como cualquier producto relacionados con la salud comercial o seguros colectivos, pagos médicos, distribuciones de responsabilidad de terceros, beneficios por incapacidad, beneficios de compensación de trabajadores, y cualquier otro beneficio o dinero pagadero a mí para el propósito indicado en el presente documento.

Autorizo SCGVS a dar cualquier información con respecto a mi tratamiento o pertinente a mi caso, a todos los contribuyentes definidos anteriormente para facilitar la recogida en virtud de este acuerdo y gravamen. Además autorizo y dirijo a todos los contribuyentes para liberar a SCGVS cualquier información con respecto a mi cobertura o beneficios que pueda tener, incluyendo, pero no limitado a la cantidad de cobertura, el importe pagado hasta la fecha y el importe de los créditos impagados. Por la presente dirijo esta oficina para presentar una copia de esta cesión y derecho de retención, junto con cualquiera de dichos contribuyentes. Por la presente otorgo poder SCGVS de abogado para respaldar / firmar mi nombre en cualquier y todos los cheques listing como beneficiario, que se presentan a SCGVS para el pago de una cuenta en relación a mí, mi cónyuge o alguno de mis dependientes. Además, autorizo a SCGVS que aplique todos los saldos de crédito o gastos incurridos por mí a cualquier otro cargo pendiente pendientes de pago por mí, mi cónyuge o mis dependientes, independientemente de los otros cargos relacionados con mi condición.

Entiendo que sigo siendo personalmente responsable de las cantidades totales por SCGVS por sus servicios. Esta cesión y gravamen no constituye ninguna consideración por esta oficina a la espera de los pagos y que pueden exigir pagos de mí inmediatamente después de la prestación de servicios a su elección. Si esta oficina debe tomar cualquier acción para cobrar saldos pendientes en mi cuenta, voy a ser responsable del pago y reembolsará SCGVS de todos los costos de tales esfuerzos de cobranza, incluyendo pero no limitado a, todos los costos judiciales y honorarios de abogado.

CONSENTIMIENTO PARA EL CUIDADO

Un paciente que viene al médico él / ella el permiso y la autoridad da para cuidar al paciente de acuerdo con las pruebas adecuadas, diagnóstico y análisis. Los procedimientos clínicos realizados suelen ser beneficioso y rara vez causan ningún problema. En casos raros, físicas subyacentes defectos, deformaciones o patologías pueden hacer que el paciente susceptible de sufrir lesiones. El médico, por supuesto, no va a proporcionar atención médica específica, si él / ella es consciente de que dicha atención puede estar contraindicada. Es la responsabilidad del paciente para que sea conocido o de aprender a través de los procedimientos de atención de la salud a partir de lo que él / ella está sufriendo de: defectos patológicos latentes, enfermedades o deformidades que de otra manera no vendrían a la atención del médico. He leído lo anterior y lo entiendo. Me permito una fotocopia o copia electrónica de esta autorización para ser utilizado en el lugar de la original.

Gracias,
South Charlotte General & Vascular Surgery

Firma del paciente

Fecha