

Medtronic
Structural Heart and Aortic
3576 Unocal Place
Santa Rosa, CA 95403

SYNTAXX

Sistema de endoprótesis torácica Valiant Navion™

GARANTÍA LIMITADA SAFE-N

Autorización para el cuidador del paciente

Para la garantía limitada SAFE-N: Programa de asistencia para pacientes y médicos

Complete y firme el formulario y envíelo a Syntactx. Si tiene preguntas sobre cómo completar este formulario de verificación, comuníquese con Medtronic a través de Syntactx en la línea de ayuda para el reembolso de SAFE-N de EE. UU.: 1-833-256-2308 o por correo electrónico a: SAFE-N-Reimburse@syntactx.com.

Nombre completo del paciente: _____

Dirección del paciente: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Declaración de autorización del cuidador

Yo, _____, soy el paciente identificado anteriormente al que se le ha implantado el sistema de endoprótesis torácica Valiant Navion™ y cumplo con los requisitos para participar en el Programa de garantía limitada SAFE-N ("Programa"). Certifico que he elegido y por la presente autorizo a, _____, quien es mi _____, ("Cuidador") a comunicarse con los patrocinadores y administradores del Programa en mi nombre. A los fines de esta Autorización, el Cuidador puede ser un miembro de la familia o un miembro que no sea de la familia a quien he autorizado para que me ayude con este Programa.

Con el fin de participar en este Programa, autorizo a mi cuidador a divulgar mis registros de paciente (que pueden incluir mi nombre completo, dirección, fecha de nacimiento, dirección de correo electrónico, diagnóstico médico y registros de facturación) y otra información de salud protegida a Syntactx que puede estar sujeta y protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 ("HIPAA").

Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. Cualquier revocación debe ser presentada por escrito a Syntactx. Esta autorización también vencerá un año después de mi fecha de fallecimiento, a menos que decida revocar esta autorización en una fecha anterior. Entiendo que cualquier revocación afectará solo las divulgaciones futuras, no las divulgaciones realizadas antes de que Syntactx reciba mi revocación por escrito.

Entiendo que mi tratamiento, pago, inscripción, elegibilidad o recepción de apoyo de Syntactx no están condicionados por mi firma en esta autorización. Entiendo que cualquier información divulgada como parte de esta autorización puede divulgarse más y es posible que ya no esté protegida por las leyes de privacidad federales o estatales, incluida la HIPAA.

Entiendo que el Programa es voluntario y no pretende ser una admisión de responsabilidad de ningún tipo ni una renuncia por parte de las personas que participan en el Programa.

Certifico que las declaraciones y la información contenidas o proporcionadas en este documento son verdaderas, precisas y completas. Al firmar esta autorización, reconozco que he leído y acepto todo lo anterior y que se me ha proporcionado una copia de esta autorización firmada.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Información del cuidador del paciente

Nombre completo del cuidador del paciente: _____

Correo electrónico del cuidador del paciente: _____

Dirección del cuidador del paciente: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Pueden aplicarse limitaciones adicionales. Los reembolsos y créditos están sujetos a revisión y aprobación. La garantía limitada SAFE-N se limita a sus términos expresos y no constituye una representación, juicio, admisión o asunción de responsabilidad por parte de Medtronic con respecto a la obtención de imágenes, la reintervención o los sistemas de endoprótesis torácica utilizados. Ninguna acción realizada por Medtronic en relación con el retiro comercial voluntario del producto, incluida esta garantía limitada SAFE-N, se interpretará como una admisión de culpa o responsabilidad alguna al paciente, médico, profesional de la salud o cualquier tercero. Medtronic no se hace responsable de ningún impacto potencial de los reembolsos en la elegibilidad de un paciente para participar en una cuenta de ahorros para la salud u otro plan de salud con ventajas fiscales; consulte con un asesor fiscal según sea necesario. Todos los derechos reservados.