

## Declaración del proveedor de atención médica

Accessia Health exige que el proveedor de atención médica del solicitante proporcione la siguiente información para procesar la solicitud de asistencia financiera del interesado. Se puede enviar la información a Accessia Health cargándola de forma segura al portal, enviándola por correo electrónico a [assistance@accessiahealth.org](mailto:assistance@accessiahealth.org), por fax al 804-744-9388 o por correspondencia.

### **Parte A: Información del paciente** *(A completar por el proveedor)*

---

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Diagnóstico por el que recibe tratamiento: \_\_\_\_\_

Código de diagnóstico (ICD-10): \_\_\_\_\_

### **Parte B: Información y certificación del proveedor** *(Todos los campos son OBLIGATORIOS. Escriba en letra de imprenta clara).*

---

Al firmar este formulario, certifico que:

- El paciente ha sido diagnosticado con la afección que se indica anteriormente.
- El diagnóstico y el tratamiento del paciente fueron determinados solo por mí o en conjunto con otro proveedor de atención médica según lo considerado mejor para el paciente desde el punto de vista clínico. El diagnóstico se realizó antes de todas las comunicaciones con Accessia Health sobre la posibilidad de recibir asistencia financiera.
- Entiendo que puede haber asistencia financiera disponible para los tratamientos aprobados por la FDA e indicados para la afección del paciente o relacionados con esta.

Firma del proveedor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre del proveedor en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Credenciales del proveedor: \_\_\_\_\_  
*(Ejemplos: MD, DO, NP, etc.)*

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_