

Tarjeta de firma del paciente



Fecha de recolección de la muestra: _____ Sexo biológico: Masculino Femenino

Nombre del proveedor: _____

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

El paciente acepta los siguientes métodos de comunicación:

Correo electrónico _____

Teléfono (al marcar esta casilla, acepta que le enviemos mensajes de texto) - Teléfono celular _____

Contacto del paciente:

Iniciaremos los análisis de inmediato, salvo que marque la siguiente casilla. Intentaremos comunicarnos con usted si se prevé que los gastos no cubiertos por la aseguradora superarán los 100 USD.

No inicien los análisis hasta que apruebe las condiciones de pago de los gastos no cubiertos por la aseguradora.

Para personas que residen en Nueva York:

Resido en Nueva York y autorizo a Ambry Genetics a almacenar mi muestra durante más de 60 días.

NOTA: Si se deja en blanco, se considerará que no se da la autorización.

Cómo usar esta tarjeta



El objetivo del Programa de Asistencia al Paciente de Ambry es que las pruebas genéticas sean accesibles para todos los pacientes. Puede optar por que lo consideren para un descuento de los gastos no cubiertos por la aseguradora si indica los ingresos brutos totales de la familia: \$_____ y la cantidad de familiares mantenidos por los ingresos indicados: _____. Autorizo a Ambry Genetics a verificar la información anterior con el único fin de evaluar la necesidad económica, y también a solicitar los documentos justificativos correspondientes.

Reconocimiento del paciente: Para facturación directa al seguro: Autorizo que mis beneficios del seguro sean pagados directamente a Ambry Genetics Corporation (Ambry); autorizo a Ambry para que revele a mi compañía de seguro médico información médica relativa a mis pruebas; a ser mi representante designado a efectos de apelación de cualquier denegación de beneficios (según sea necesario), y a solicitar otros expedientes médicos para este fin. Entiendo que correré con los gastos de cualquier monto que mi compañía de seguro médico no cubra y que me responsabilizaré de enviar a Ambry el dinero que yo reciba de esta.

Acepto los términos y las condiciones (consulte el dorso).

Firma del paciente o del tutor legal: _____ Fecha: _____