

Tarjeta para la firma del paciente



Fecha de obtención de muestra: _____ Sexo biológico: Masculino Femenino

Nombre del médico: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Acepto que se pongan en contacto conmigo por:

Correo electrónico: _____

Teléfono: _____

Si es un número de celular, acepta que nos comuniquemos con usted por mensaje de texto; se pueden cobrar cargos por datos.

¿Cuál es la fecha de obtención de muestra?

Complete este campo con la fecha en que usted (o el profesional médico) llenó el/los tubo(s) para muestra con sangre, saliva o hisopado de muestra.

¿Por qué tengo que proporcionar al menos una forma de contacto?

Necesitamos conectarnos directamente con usted en caso de tener preguntas sobre su seguro y también para proporcionarle un cálculo de los gastos de bolsillo.

Etiqueta de registro aquí

Puede contactarse en billing@ambrygen.com o llamando al 949-900-5500 si tiene alguna pregunta.

Tarjeta para la firma del paciente



El objetivo del **Programa de asistencia al paciente de Ambry** es lograr que las pruebas genéticas sean asequibles para todos los pacientes. A fin de agilizar la evaluación de elegibilidad para el Programa de asistencia al paciente de Ambry, proporcione el ingreso bruto total anual del núcleo familiar: \$ _____ y la cantidad de familiares que residen en la vivienda y se sustentan con el ingreso mencionado: _____. Autorizo a Ambry Genetics a verificar la información antes mencionada a efectos de evaluar la necesidad financiera, que incluye el derecho a buscar documentación que la justifique.

Reconocimiento del paciente: Reconozco que la información proporcionada por mí es verdadera y correcta. Para la facturación directa al seguro: Autorizo que los beneficios de mi seguro se paguen directamente a Ambry Genetics Corporation (Ambry), autorizo a Ambry para que divulgue información médica sobre mis pruebas a mi aseguradora, sea mi representante designado a los fines de apelar cualquier negativa de beneficios según sea necesario y pida registros médicos adicionales para este propósito. Comprendo que soy financieramente responsable de todo monto que mi aseguradora no cubra y que soy responsable de enviar a Ambry el dinero recibido de mi compañía de seguro de salud.

Acepto el reconocimiento del paciente que figura arriba

Firma del paciente o tutor legal: _____ Fecha: _____