

Con letra imprenta clara, complete todos los campos, firme y feche.



Ambry Genetics®
A TEMPIUS COMPANY

Nombre completo del paciente

--

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)

--	--	--	--	--	--	--	--

Correo electrónico

Teléfono celular (10 dígitos, incluido el código de área)

--	--	--	--

Sexo asignado al nacer:

7

Femenino

7

Masculino

Acepto el reconocimiento del paciente que figura en el reverso de esta tarjeta.

Firma del paciente o tutor legal:

--	--

Fecha de hoy*
(MM/DD/AAAA):

--	--	--	--	--	--	--	--

* La fecha que aparece aquí corresponde a la fecha de obtención de la muestra.

Al proporcionar la información requerida en esta tarjeta y firmar el reverso, acepto lo siguiente:

Consentimiento para Recibir Mensajes de Texto

Ambry Genetics (Ambry) puede comunicarse conmigo por mensaje de texto. Entiendo que no es necesario aceptar recibir mensajes de texto para poder realizarme las pruebas. Pueden aplicarse tarifas por mensajes y datos. Puedo responder STOP (DETENER) para cancelar la suscripción. La frecuencia de los mensajes puede variar. Consulte la Política de Privacidad de Ambry (ambrygen.com/legal/privacy-policy) y los Términos y Condiciones (ambrygen.com/legal/terms-and-conditions).

Autorización de Seguro y Facturación

Ambry puede facturar a mi seguro y recibir el pago por mis pruebas. Ambry puede compartir la información médica relacionada con mi prueba con mi plan de salud, actuar como mi representante para apelar cualquier denegación de beneficios y solicitar la historia clínica adicional para respaldar dicha apelación. Entiendo que soy responsable de los costos que mi seguro no cubra. Si recibo un pago de mi plan de salud por esta prueba, acepto enviar dicho pago a Ambry.

Hay ayuda económica disponible. Para solicitarla, escanee el código QR y complete el formulario digital.

