

# Tarjeta de Firma del Paciente



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

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:

Femenino

Masculino

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

Firma del paciente o tutor legal:

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

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

Etiqueta de adhesión aquí

\* 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 los siguientes términos:

## **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.**

