



SOLICITUD DE PRUEBAS DE ACCESO DIRECTO

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Genero: ___M ___F

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Zip: _____

Teléfono (casa): _____

Teléfono (cell): _____

Table with 3 columns: Test Name, Price, and Status. Rows include 'PANELES DE BIENESTAR' (General Health Panel \$75), 'PRUEBAS INDIVIDUALES' (Individual Tests like Chemistry \$25, Lipids \$25, CBC \$20, TSH \$25, Hemoglobin A1c \$25, PSA \$25, Vitamin D \$60, Blood Type \$25, COVID-19 \$50), and 'PRUEBAS DE RADIOLOGÍA' (Body Composition \$40). Total cost section at the bottom.

___ Por favor enviar mis resultados a la dirección que aparece arriba. ___ Yo voy a recoger mis resultados a CCCH dentro de 3 días

___ Yo Autorizo a _____ para levantar mis resultados de pruebas de sangre

PARTICIPANTE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

- Entiendo que porque estas pruebas resultados no ha ordenado como consecuencia de mi condición médica personal, no son considerados un "servicio cubierto" para propósitos de seguro, y que será mi responsabilidad personal para pagar por esta prueba.
También entiendo que los resultados no se mantendrá bajo mi número de expediente médico, y que la única copia enviará a mí en la dirección antes mencionada. No se conservan copias de en mi expediente médico, a menos que haga una cita con mi proveedor de la familia y llevar una copia conmigo a mi cita. Resultados sólo están disponibles en el CCCH para 30 días después de la fecha de la prueba.
Entiendo que ningún profesional médico revisará los resultados de mi prueba y que el hospital realizará ninguna acción basada en los resultados.

Firma del participante o representante personal del participante

Fecha

Impreso nombre y relación al participante si firmada por el representante personal