



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' (Chemistry, Lipids, CBC, TSH, Hemoglobin A1c, PSA, Vitamin D, Blood Type, Covid-19), 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