

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

NOMBRE _____

FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA) _____

DIRECCIÓN _____

CIUDAD _____

ESTADO _____

CÓDIGO POSTAL _____

NÚMERO TELEFÓNICO _____

NÚMERO DE FAX _____

CORREO ELECTRÓNICO _____

MASCULINO _____ FEMENINO _____

 ¡NO! NO ME ENVÍEN INFORMACIÓN, PROMOCIONES, ETC. DE ANY LAB TEST NOW POR CORREO ELECTRÓNICO**INFORMACIÓN DE ALERGIAS (MARCAR TODAS LAS QUE APLIQUEN)** LATEX ALCOHOL BETADINA OTRO (ESPECIFICAR) _____**¿CÓMO TE ENTERASTE DE NOSOTROS?** YELP! EN LÍNEA/ANUNCIO DIGITAL GOOGLE FACEBOOK OTRA INTERNET RADIO/TV
 RÓTULOS AL PASAR/MANEJAR REFERENCIA PROFESIONAL REFERENCIA PERSONAL OTHER _____**PRUEBAS O PANELES SELECCIONADOS**

_____	\$ _____
_____	\$ _____
_____	\$ _____
_____	\$ _____
TOTAL	\$ _____

MÉTODO PREFERIDO DEL CLIENTE PARA RECIBIR LOS RESULTADOS

(ANY LAB TEST NOW opera bajo las regulaciones federales, estatales y locales para la notificación de enfermedades de transmisión sexual y el VIH al departamento de salud. El cliente debe recoger los resultados de STDs y VIH.)

 EMAIL CORREO DE EE.UU. RECOGER FAXEL CLIENTE HA LEÍDO Y FIRMADO EL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO ADJUNTO. SÍ NO

NOMBRE DEL DOCTOR _____

NÚMERO DE FAX DE OFICINA DEL DOCTOR _____

INSTRUCCIONES ESPECIALES _____

FORMULARIO DE LIBERACIÓN Y CONSENTIMIENTO DE INFORMACIÓN DEL CLIENTE

INICIAL Entiendo que los resultados de las pruebas reportadas por ANY LAB TEST NOW serán notificados directamente a mí, en la forma elegida a continuación. Además, entiendo que es mi responsabilidad consultar con mi propio médico para la interpretación, análisis, evaluación y explicación de los resultados de mis pruebas. Entiendo que ni ANY LAB TEST NOW ni su médico solicitante analizará, evaluará, criticará o interpretará de cualquier manera los resultados de dichas pruebas. Acepto que ANY LAB TEST NOW, sus funcionarios, accionistas, directores, médicos empleados, o su otro agente o empleado no serán responsables por cualquier reclamo, incluyendo pero no limitado a, cualquier reclamo que surja de o esté relacionado con, resultados inexactos, ininterrumpidos, mal interpretados o resultados no recibidos y por este medio expresamente y para siempre se les libera y descarga de todos los reclamos, demandas, lesiones, daños, acciones o causas de acción.

INICIAL Certifico que no tratare de ser reembolsado por Medicare, Medicaid, Tricare o cualquier otro asegurador / pagador del gobierno. Acepto que soy financieramente responsable de todos los pagos o cargos por todas las pruebas ordenadas y colectadas por ANY LAB TEST NOW a solicitud mía.

INICIAL Entiendo que las pruebas de laboratorio realizadas en ANY LAB TEST NOW se realizan a petición mía. Además entiendo que un empleado médico de ANY LAB TEST NOW que tiene licencia bajo la ley estatal para ordenar estas pruebas, lo hará. También entiendo que ANY LAB TEST NOW es un centro de recolección y que la prueba real será realizada por un laboratorio de tercera parte, certificado para llevar a cabo dicha prueba en las muestras recogidas por ANY LAB TEST NOW. Entiendo y acepto que ANY LAB TEST NOW me informará los resultados de las pruebas directamente a mí, mi médico, o cualquier profesional de la salud que yo solicite. Doy mi consentimiento y autorizo que tal divulgación podrá hacerse por fax, por correo o al retirar directamente de la oficina. Entiendo y acepto que los servicios prestados por ANY LAB TEST NOW y los resultados del laboratorio serán mantenidos de una manera confidencial, y la información de salud será protegida por ANY LAB TEST NOW como lo requieren las leyes federales y estatales.

INICIAL Entiendo que los resultados de las pruebas pueden llegar a ser parte de mi historia clínica. También entiendo que una empresa de seguros puede acauzar los resultados de esta prueba mediante la obtención de una copia de mi expediente médico de acuerdo con los (Opt.) términos de mi(s) póliza(s) de seguro. Doy mi consentimiento para la liberación de los resultados de mi examen de laboratorio por ANY LAB TEST NOW a mí (de la manera que he elegido a continuación) y a mi médico o a cualquier otro profesional de la salud que yo designe. Entiendo que los resultados de mi prueba solamente se proporcionarán a terceros con mi consentimiento expreso.

INICIAL Entiendo que los servicios se pagan cuando son realizados. No damos reembolsos y no aceptamos contracargos.

INICIAL Todo lo anterior se ha discutido conmigo y he tenido la oportunidad de obtener respuestas a preguntas que tuve acerca de mis derechos a la privacidad aclaradas por un empleado de ANY LAB TEST NOW. He recibido de ANY LAB TEST NOW una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad, como lo requiere la ley HIPAA o he optado por no recibir una copia.

INICIAL He leído y aceptado todos los términos anteriores.

FIRMA DEL CLIENTE

FECHA

CLIENTE RECOGIDO A TRAVÉS DE:

 EMAIL CORREO DE EE.UU. RECOGER FAX

NUMERO DE REQUISICION DE LABORATORIO _____

EL CLIENTE RECIBIÓ LOS RESULTADOS DE LA PRUEBA EN (MM / DD / YYYY) ____/____/____ VÍA MÉTODO ELEGIDO ARRIBA

NOTAS DE RECIBO DEL CLIENTE _____