



FECHA: _____

HORA: _____

Nombre _____

Hombre

Mujer

Teléfono _____

En ayuno

Sin ayuno

Fecha de nacimiento _____

Dirección _____

Conteo sanguíneo completo (HS.CBC)\$15
 Panel metabólico integral (HS.CMP)\$25
 Prueba de bienestar general (HS.QL).....\$50
 Glucosa (HS.GLU)\$10
 Hemoglobina A1C (HS.HGBA1C).....\$25

Panel lipídico (HS.LIPID)\$25
 TSH (HS.TSH).....\$30
 Vitamina D 25, Hydroxy (HS.VITD).....\$50
 Panel de tiroides (HS.THY)\$45
 PSA (HS.PSA).....\$35

Tarjeta de crédito

Efectivo

Cheque

Importe total a pagar: _____

Consentimiento para pruebas de laboratorio

Autorizo a Osceola Community Hospital a realizar las pruebas de laboratorio que he solicitado. Entiendo que Osceola Community Hospital no está obligado a informar los resultados a mi médico o compañía de seguros.

Entiendo que las pruebas de laboratorio que solicité no son un sustituto para un examen completo realizado por mi propio médico/ proveedor. Acepto la responsabilidad de organizar cualquier examen de seguimiento que sea necesario según el informe que reciba.

Entiendo que los resultados de mis pruebas de laboratorio se mantendrán en el sistema de registro de salud electrónico en Osceola Community Hospital. El Osceola Community Hospital se compromete a tratar la información médica de mi registro como confidencial, según lo exige la Ley de responsabilidad y portabilidad del seguro de salud (HIPAA).

Reconocimiento de la HIPAA

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad brinda información sobre cómo podemos usar y divulgar información médica protegida (PHI) sobre usted. Como se indica en nuestro aviso, los términos del aviso pueden cambiar. Si cambiamos nuestro aviso, puede obtener una copia revisada comunicándose con la Oficina de Privacidad del Osceola Community Hospital. Al firmar este formulario, usted reconoce que ha recibido una copia de nuestro Aviso de prácticas de privacidad con fecha del 1 de marzo de 2017.

Comunicaciones Inalámbricas

Por la presente acepto que al proporcionar mi número de teléfono móvil/celular, estoy otorgando mi consentimiento para recibir llamadas de marcación automática en mi número de teléfono móvil/celular para cualquier facturación, contabilidad, cobro u otro contacto financiero. Los métodos de contacto pueden incluir el uso de mensajes de voz pregrabados/artificiales y/o el uso de un dispositivo de marcación automática, según corresponda.

Rechazar

Firma del testigo

Fecha _____ Hora _____ AM / PM

Firma del paciente, padre o representante legal

Fecha _____ Hora _____ AM / PM

Relación con el paciente

Si es paciente menor de 18 años