

Whole Woman's Health of McAllen
802 South Main St McAllen TX 78501
(956) 686-2137

CONSENTIMIENTO DE PRUEBAS DE LABORATORIOS

POR FAVOR DE NOTAR: En Whole Woman's Health el precio laboratorio del papanicolau está incluido en el precio de el examen anual.

El examen anual incluye varios exámenes laboratorios. Unos exámenes son sencillos y nuestra clínica los puedo ofrecer para Ud. Por ejemplo exámenes de embarazo, exámenes para confirmar anemia, exámenes para confirmar sus factores de RH, o analices de orina. Hay algunos exámenes que son **IMPORTANTES** y **NECESSARIOS** que no se pueden evaluar en WWH. Para estos exámenes usamos el laboratorio CPL (Clinical Pathology Laboratories Inc).

También hay pruebas que nuestros pacientes solicitan frecuentamente. Para servir a Ud., hemos negociado un precio especial (mas barato) con el laboratorio CPL. Estas pruebas incluyen Chlamydia/Gonorrrea, prueba de embarazo de sangre, Herpes, VIH positivo/ SIDA, Sífilis, hormón de la glándula tiroidea, hormona prolactin, cultura de orina. Ud puede usar el precio especial pagando por las pruebas en WWH durante su visita. Podemos obtener la muestra y pagar a CPL por usted. Las muestras se mandan al laboratorio y los resultados regresar a la clínica. Ud puede elegir no pagar por medio de la clínica y pagar directamente a el laboratorio (CPL). En este caso Ud. pagará un precio mas alto.

El doctor(a)/practico(a) puede recomendar pruebas adicionales durante su visita. Puede ser que estos exámenes no venga con el precio especial. Estas pruebas son la responsabilidad de la paciente. En este caso Ud debería el costo de obtener la muestra a WWH y el costo de analizar la muestra a el laboratorio CPL. Ud recibirá una factura de el laboratorio (CPL) para estos exámenes. Ud. pagaría el laboratorio directamente El laboratorio tiene disponible un plan de pago para su comodidad.

Certifico que Yo _____, entiendo mi responsabilidad financiera. Me han informado que CPL me cobrará por exámenes y pruebas que no se hacen en WWH.

Yo confirmo que e leído y entiendo este documento.

Firma de la Paciente _____ Fecha: _____

Firma de Empleada: _____ Fecha: _____