



**CARGOS EXTREMOS DE LABORATORIO:** Si su proveedor toma una biopsia o cultivo, esta muestra se enviará a un laboratorio externo para su procesamiento y prueba. Si ese es el caso, recibirá una factura de ese laboratorio. Esos cargos serían adicionales a sus costos de tratamiento y serían debidos y pagaderos al laboratorio elegido.

Entiendo que todos los cargos de laboratorios externos se me facturarán por separado.

**INICIALES:** \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR EL NÚMERO CELULAR Y LA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO PARA LA INFORMACIÓN DEL RECORDATORIO:** Al proporcionar el número de teléfono de mi casa, el número de teléfono móvil, la dirección de correo electrónico y cualquier otra información de contacto personal, autorizo a mi proveedor de atención médica a emplear un sistema de mensajería y difusión automatizado de terceros para utilizar mi información personal, el nombre de mi proveedor de atención, la hora y el lugar de mi (s) cita (s) programada (s), y otra información limitada, con el fin de notificarme de una cita pendiente, una cita perdida o un examen de salud vencido. También autorizo a mi proveedor de atención médica a revelar a terceros, quienes pueden interceptar estos mensajes, limitando la información de salud protegida con respecto a mis eventos de atención médica. Doy mi consentimiento para recibir múltiples mensajes por día de mi proveedor de atención médica, cuando sea necesario. Consiento en permitir que se dejen mensajes detallados en mi correo de voz, sistema de contestador o con otra persona, si no estoy disponible en el número que proporcioné.

**INICIALES:** \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL PACIENTE O PARTIDO RESPONSIBLE** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_



**SERVICIO EN 4 UBICACIONES EN COLORADO:**

6801 West 20th Street, Suite 208; Greeley, CO  
2923 Ginnala Drive; Loveland, CO  
500 Main Street; Fort Morgan, CO  
4038 Timberline Road, Suite 100; Fort Collins, CO