

Office Policies and Medical Consent

Thank you for choosing Exer Urgent Care! Exer at Playa Vista is a Facey Medical Foundation clinic staffed and managed by Exer. These policies and consents apply to the medical treatment you receive here.

CONSENT FOR TREATMENT: I hereby consent to allow Exer Medical Corporation (Exer Urgent Care) to provide medical treatment for myself/dependent minor. I understand that this care may include but is not limited to pathology, radiology and other diagnostic services as ordered by the physician or mid-level provider responsible for my care. I understand that I am under the care and supervision of the attending provider(s) and it is the responsibility of the staff to carry out the instructions of the provider.

ACKNOWLEDGEMENT: I acknowledge that the practice of medicine is not an exact science and no guarantees or promises have been made to me as to the results of examination, care or treatment. I acknowledge that it is important for me to provide accurate and complete information regarding my symptoms, medications, drug use, and other information and that failure to do so may adversely impact my care.

RELEASE OF INFORMATION: I authorize Exer to release information contained in my chart to relevant insurance companies, third parties, attorneys and employers as may be needed to process and manage my case and claims.

PRE-AUTHORIZATION: Some insurance companies require pre-authorization of services. If I am required to obtain an authorization for today's services and have not done so, I agree to assume all financial responsibility.

LABORATORY SERVICES: I acknowledge that certain lab tests may be sent to an independent lab for processing and hereby authorize results from these labs to be electronically delivered to Exer's electronic medical record systems and to various health information exchanges. I understand that I will receive a separate bill for test results processed by an independent lab and agree to be financially responsible for the lab services provided to me.

MINOR'S RELEASE: If the patient is a minor, my signature as parent/guardian authorizes any needed treatment and diagnostic for the minor.

PREGNANCY: There is no reason to suspect that I might be pregnant at this time. If there is a possibility that I might be pregnant, I will advise the provider prior to any X-Ray or onset of care.

WORKERS' COMPENSATION NOTICE: If you are being seen for a work-related injury or illness, you are entitled to treatment paid for by your employer or your employer's workers' compensation insurance. If your injury is work related, Exer will send a report regarding your medical condition to your employer's workers' compensation insurer or to your employer if they are self-insured, as required by law. As a part of this process, a limited amount of your medical information will be shared with your employer.

If you present for a workers' compensation injury, and you are unable to provide all of the documentation required to submit a claim to your employer's workers' compensation insurance carrier, you agree to be financially responsible for the services you receive or to allow Exer to submit the charges directly to your employer for payment.

INDEPENDENT CONTRACTOR: Please note that Exer has service agreements with certain physicians who also provide services at the Huntington Hospital emergency department. For more information or to file a complaint, ask to speak to the clinic manager.

OPEN PAYMENTS NOTICE: The Open Payments database is a Federal tool used to search payments made by drug and device companies to physicians and teaching hospitals. It can be found at <https://openpaymentsdata.cms.gov>

FINANCIAL POLICY: If you have provided us with eligible insurance information, we will bill your insurance company for your visit. All co-payments and coinsurance, however, must be paid at the time of service. For patients with commercial insurance, we either require a credit card be kept on file for today's services or advance payment of your estimated patient responsibility at the time you receive the services. We are required by your insurance company to collect these amounts. After we submit the bill and your charges have been reconciled with your insurance company, your credit card will be charged for any remaining amount you owe and you will be sent a statement showing the amount charged. You may contact our billing department at (310) 525-3062 at any time before your card is charged to make alternative payment arrangements. You will be charged a \$35 declined payment fee for any declined checks or credit card payments. Any charges that remain unpaid will be transferred to a collection agency. If you do not have insurance coverage you will be responsible for payment in full on the date the services are rendered, unless prior arrangements have been made. It is your responsibility to keep your personal, insurance and payment information (including change of address) updated with our office.

A holder of this medical debt contract is prohibited by Section 1785.27 of the Civil Code from furnishing any information related to this debt to a consumer credit reporting agency. In addition to any other penalties

allowed by law, if a person knowingly violates that section by furnishing information regarding this debt to a consumer credit reporting agency, the debt shall be void and unenforceable.

ASSIGNMENT OF BENEFITS: I hereby authorize all payments for covered and allowable medical services to be paid directly to Facey Medical Foundation (d/b/a Exer with Providence). I hereby certify that to the best of my knowledge all statements contained herein are true. I understand that I am directly responsible for all charges incurred by myself and my dependents regardless of insurance coverage. In the case that a check is made to me or this office and me, for services rendered by this office, this document serves as a power of attorney for endorsement on my behalf.

PAYMENT: For your convenience we accept cash, checks, Visa, MasterCard, Discover Card, American Express.

CREDIT CARD AUTHORIZATION: I authorize Facey Medical Foundation (d/b/a Exer with Providence) to securely retain my credit card information on file and to charge my card for any co-payment, co-insurance, deductible and/or charges not covered by my health insurance provider, up to \$500 per date of service. I understand that I may revoke this authorization in writing via certified mail sent to: Facey Medical Foundation, File 50670, Los Angeles, CA 90074. Any credits on my account may be returned to my credit card on file. If I am an uninsured patient, I authorize payment at time of service. I agree to update any information regarding this credit card account.

RECORDING POLICY: This office strictly prohibits recording of any persons in the office without prior consent in accordance with state law. There is no photographing, videotaping or recording of any portion of the exam, the staff, or other patients. This includes using cell phones, meta glasses or any other recording device. It is also not permitted to leave your cell phone secretly on with someone listening in the background without permission from the people being recorded. Please respect the law and others.

RESEARCH: I agree to allow Exer Urgent Care's research team to quickly explain how I can earn a stipend for participating in an anonymous research study and I am not obligated to participate.

Consent to Artificial Intelligence (AI) Tools for Healthcare Operations: We may use AI tools we develop or obtain from third-party vendors or contractors to assist in our healthcare operations, which may include using or processing your personal information to improve our healthcare services or to otherwise facilitate our provision of services to you. This includes, but is not limited to, the use of AI-powered ambient scribing tools that allow us and our third-party vendors or contractors to record, transcribe, and summarize your clinical visits for the purpose of facilitating medical documentation.

I have read and understand the Office Policies and Medical Consent and understand that the Office Policies and Medical Consent apply to medical treatment I receive from Exer.

By signing below, I understand that I am agreeing to the Office Policies and Medical Consent. I further certify that any information I provide regarding my illness or condition, eligibility for coverage or payment is accurate and complete. I understand that I am responsible for the charges designated by my insurance company and am also responsible for charges not covered by insurance including finance fees. In the event that collection procedures are initiated on any outstanding balance, I agree to be responsible for the costs of collection including, but not limited to court costs, expenses, and attorney fees, to the extent permitted by law.

I understand that the foregoing provisions apply equally to myself or any individual for whom I am authorizing treatment.

I acknowledge that I am signing this document through an electronic signature pad and that the electronic image will become the original document and that copies of this image may be used in place of the original.

Patient Name: _____

Patient / Representative Signature: _____ Date: _____

Electronic Communications Consent

Exer Urgent Care would like to communicate with you via email, telephone voice mail, and text messages (the Services) to:

- Provide Reminders Regarding Upcoming Appointments
- Provide Test Results, Treatment Summaries and Recommendations for Follow-Up Care
- Distribute Financial/Billing Information Such as Invoices and Receipts
- Request Your Feedback Such as Optional Patient Surveys

The purpose of this document is to obtain your consent and alert you to some of the risks, limitations, and conditions of use. Additionally, you understand that message and data rates may apply to SMS notifications.

Risk of using Electronic Communication

Exer will use reasonable means to protect the security and confidentiality of information sent and received, however, Exer cannot guarantee the security and confidentiality of electronic communications and wants to alert you of the following key risks:

- Use of electronic communications to discuss sensitive information can increase the risk of such information being stolen/hacked or disclosed to third parties.
- It is not possible to completely secure the information.
- Employers and online services may have a legal right to inspect and keep electronic communications that pass through their systems.
- Electronic communications can introduce malware into a computer system, and potentially damage or disrupt the computer, networks, and security settings.
- Electronic communications can be forwarded, intercepted, circulated, stored, or even changed without the knowledge or permission of Exer or you. Even after the sender and recipient have deleted copies of electronic communications, back-up copies may exist on a computer system.
- Electronic communications may be disclosed in accordance with a duty to report or a court order.

Patient Acknowledgement and Agreement

I acknowledge that I have read and fully understand the risks and limitations of the electronic communication Services. I understand and accept the risks associated with the use of the electronic communication Services and I will follow the instructions outlined below, as well as any other conditions that Exer may impose on communications with patients using the Services.

I acknowledge and understand that encryption software may be used as a security mechanism for electronic communications. For a variety of reasons, it is possible that communications with the Provider or staff using the Services may not be encrypted. Despite this, I agree to unencrypted email or text communications with the Provider/staff.

I acknowledge that I am responsible for informing Exer of any changes in my email address, mobile phone number, or other account information.

I acknowledge that either I or Exer may, at any time, withdraw the option of communicating electronically through the Services upon providing written notice.

I acknowledge that I am signing this authorization through an electronic signature pad and that the electronic image will become the original document and that copies of this image may be used in place of the original.

Patient Name: _____

Patient / Representative Signature: _____ Date: _____

ADVANCED PATIENT NOTICE FORM FOR SEND-OUT LABORATORY SERVICES

Please be advised that your lab work may be sent for processing to the independent laboratories indicated below. If you do not have health insurance you will be billed directly by the lab and be responsible for the balance. If you have health insurance, this lab may not be in-network with your health plan. You have the right to receive services at a participating laboratory to obtain full benefits under your health coverage. If you have questions or would like to locate an in-network laboratory, please contact your health plan at the number listed on your insurance card. Your insurance will be billed directly by the laboratory and you will be responsible for any remaining balance. Should you have any questions regarding your bill please contact the facility identified below.

Please note: Labs cannot be canceled after the date of service.

Quest: 800-287-4309

LabCorp: 800-859-6046

HealthTrackRx: 844-218-3097

I acknowledge I have read and understand the following:

- The laboratory named above may not be in-network with my health plan.
- I may be responsible for extra costs if I receive services from this laboratory.
- I can call my health plan before receiving services to confirm my benefits. I can call my health plan to get names of participating laboratories that can provide the recommended tests.
- This lab will bill me for co-payments, deductibles, coinsurance or other amounts I am required to pay under my plan.

I am voluntarily choosing on behalf of myself or patient to receive the services from the laboratory.

I acknowledge that I am signing this document through an electronic signature pad and that the electronic image will become the original document and that copies of this image may be used in place of the original.

Patient Name: _____

Patient / Representative Signature: _____ Date: _____

The document below is a Spanish translation of this form provided for the convenience of our Spanish-reading patients.

This document is a translation of the original English version of the form above, provided for the convenience of our Spanish-reading patients.

POLÍTICAS DEL CONSULTORIO Y CONSENTIMIENTO MÉDICO

¡Gracias por elegir Exer Urgent Care! Exer en Playa Vista es una clínica de Facey Medical Foundation, atendida y administrada por Exer. Estas políticas y consentimientos se aplican al tratamiento médico que usted recibe aquí.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO: Por la presente, doy mi consentimiento para permitir que Exer Medical Corporation (Exer Urgent Care) me brinde tratamiento médico a mí o al menor dependiente. Entiendo que esta atención podría incluir, entre otros, patología, radiología y otros servicios de diagnóstico según lo indique el médico o proveedor de nivel medio responsable de mi atención. Entiendo que estoy bajo el cuidado y la supervisión de los proveedores que me atienden y que es responsabilidad del personal seguir las instrucciones del proveedor.

RECONOCIMIENTO: Reconozco que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han hecho garantías ni promesas en cuanto a los resultados de la evaluación, la atención o el tratamiento. Reconozco que es importante que proporcione información precisa y completa sobre mis síntomas, mis medicamentos, mi consumo de drogas y otra información, y que no hacerlo podría afectar negativamente mi atención.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: Autorizo a Exer a divulgar la información contenida en mis registros a compañías de seguros, terceros, abogados y empleadores pertinentes, según sea necesario para procesar y gestionar mi caso y mis reclamaciones.

AUTORIZACIÓN PREVIA: Algunas compañías de seguros requieren la autorización previa de los servicios. Si debo obtener una autorización para los servicios de hoy y no lo he hecho, acepto asumir toda la responsabilidad financiera.

SERVICIOS DE LABORATORIO: Reconozco que ciertas pruebas de laboratorio podrían enviarse a un laboratorio independiente para su procesamiento; por la presente, autorizo que los resultados de estas pruebas de laboratorio se ingresen electrónicamente en los sistemas de historias clínicas electrónicas de Exer y en diversos sistemas de intercambio de información de salud. Entiendo que recibiré una factura aparte por los resultados de las pruebas procesados por un laboratorio independiente y acepto ser financieramente responsable de los servicios de laboratorio que me brinden.

AUTORIZACIÓN PARA MENORES: Si el paciente es menor de edad, mi firma como padre/madre/tutor autoriza el tratamiento y diagnóstico necesario para el menor.

EMBARAZO: No hay motivo para sospechar que podría estar embarazada en este momento. Si existe la posibilidad de que esté embarazada, informaré al proveedor antes de una radiografía o del inicio de la atención.

AVISO DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES: Si lo atienden por una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo, tiene derecho a recibir tratamiento pagado por su empleador o por la aseguradora de compensación para trabajadores de su empleador. Si su lesión está relacionada con el trabajo, Exer enviará un informe sobre su afección médica a la aseguradora de compensación laboral de su empleador o a su empleador si está autoasegurado, según lo exige la ley. Como parte de este proceso, se compartirá una cantidad limitada de su información de salud con su empleador.

Si se presenta por una lesión que reúne los requisitos para la compensación para trabajadores y no puede proporcionar toda la documentación requerida para presentar un reclamo a la compañía aseguradora de compensación para trabajadores de su empleador, usted acepta ser financieramente responsable de los servicios que reciba o permitir que Exer presente los cargos directamente a su empleador para el pago.

CONTRATISTA INDEPENDIENTE: Tenga en cuenta que Exer tiene acuerdos de servicio con ciertos médicos que también brindan servicios en el departamento de emergencias de Huntington Hospital. Para obtener más información o presentar una queja, solicite hablar con el gerente de la clínica.

AVISO DE OPEN PAYMENTS: La base de datos Open Payments es una herramienta federal que se utiliza para buscar pagos realizados por compañías de fármacos y dispositivos a médicos y hospitales universitarios. Se puede encontrar en <https://openpaymentsdata.cms.gov>.

POLÍTICA FINANCIERA: Si la información del seguro que nos ha proporcionado reúne los requisitos, facturaremos su visita a su compañía de seguros. Sin embargo, todos los copagos y coseguros deben abonarse en el momento del servicio. Para los pacientes con seguro comercial, requerimos que se mantenga registrada una tarjeta de crédito para los servicios del día o el pago por adelantado de su responsabilidad estimada como paciente en el momento de recibir los servicios. Su compañía de seguros nos exige que cobremos estos importes. Después de que enviemos la factura y sus cargos se hayan aclarado con su compañía de seguros, se cobrará a su tarjeta de crédito el monto restante que deba y se le enviará un estado de cuenta que muestre el monto cobrado. Puede comunicarse con nuestro departamento de facturación al (310) 525-3062 en cualquier

momento antes de que se cobre de su tarjeta para hacer arreglos de pago alternativos. Se le cobrará un cargo por pago rechazado de \$35 por cualquier cheque o pago con tarjeta de crédito rechazado. Cualquier cargo que quede impago se transferirá a una agencia de cobranza. Si no tiene cobertura de seguro, será responsable del pago total en la fecha en que se presten los servicios, a menos que se hayan hecho arreglos previos. Es su responsabilidad mantener actualizada su información personal, de seguro y de pago (incluido el cambio de dirección) en nuestro consultorio.

El artículo 1785.27 del Código Civil prohíbe al titular de este contrato de deuda médica proporcionar información vinculada con esta deuda a una agencia de información crediticia del consumidor. Sin perjuicio de otras sanciones que permita aplicar la ley, si una persona viola intencionalmente dicho artículo al brindar información sobre la deuda a una agencia de información crediticia del consumidor, la deuda quedará anulada y será inexigible.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS: Por la presente, autorizo que todos los pagos por servicios médicos cubiertos y permitidos se realicen directamente a Facey Medical Foundation (que opera bajo el nombre comercial Exer with Providence). Por la presente certifico que, a mi leal saber y entender, todas las declaraciones contenidas en este documento son verdaderas. Entiendo que soy directamente responsable de todos los cargos incurridos por mí y mis dependientes, independientemente de la cobertura del seguro. En el caso de que se haga un cheque a mi nombre o a este consultorio y a mi nombre, por los servicios prestados por este consultorio, este documento sirve como un poder para endoso a mi nombre.

PAGO: Para su comodidad, aceptamos efectivo, cheques, Visa, MasterCard, Discover Card y American Express.

AUTORIZACIÓN DE TARJETAS DE CRÉDITO: Autorizo a Facey Medical Foundation (que opera bajo el nombre comercial Exer with Providence) a conservar de forma segura la información de mi tarjeta de crédito en mis registros y a cargar en mi tarjeta los copagos, coseguros, deducibles o cargos no cubiertos por mi proveedor de seguro médico, hasta \$500 por fecha de servicio. Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito mediante correo certificado enviado a: Facey Medical Foundation, File 50670, Los Angeles, CA 90074. Cualquier crédito en mi cuenta puede devolverse a mi tarjeta de crédito registrada. Si soy un paciente sin seguro, autorizo el pago al momento del servicio. Acepto actualizar cualquier información relacionada con esta cuenta de tarjeta de crédito.

POLÍTICA DE GRABACIÓN: En esta oficina está terminantemente prohibido grabar a las personas sin su consentimiento previo por escrito, de conformidad con la legislación estatal. No está permitido tocar fotos, hacer videos ni grabar ninguna parte del examen, el personal u otros pacientes. La anterior disposición incluye el uso del teléfono móvil, gafas inteligentes de Meta u otros dispositivos para efectuar grabaciones. Asimismo, no está permitido dejar el teléfono móvil escondido secretamente, en modo grabación, con alguien

escuchando de fondo, sin la debida autorización de las personas a las que se está grabando. Rogamos respetar tanto la ley como las demás personas.

ESTUDIO DE INVESTIGACIONES: Acepto permitir que el equipo de investigación de Exer Urgent Care me explique rápidamente cómo puedo obtener un estipendio por participar en un estudio de investigación anónimo y que no estoy obligado a participar.

AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE HERRAMIENTAS DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL (IA) EN PROCEDIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA: Es posible que utilicemos herramientas de IA desarrolladas por nosotros u obtenidas de terceros tales como proveedores o contratistas para asistir en nuestras operaciones de atención médica, lo cual puede incluir el uso o procesamiento de su información personal para mejorar nuestros servicios de salud o facilitar su prestación. Esto incluye, entre otros, el uso de herramientas de transcripción ambiental impulsadas por IA que nos permiten, a nosotros y a nuestros proveedores o contratistas, grabar, transcribir y resumir sus visitas médicas con el fin de facilitar la documentación médica.

He leído y entiendo las Políticas del consultorio y el Consentimiento médico y entiendo que las Políticas del consultorio y el Consentimiento médico se aplican al tratamiento médico que recibo de Exer.

Al firmar a continuación, entiendo que estoy de acuerdo con las Políticas del consultorio y el Consentimiento médico. Además, certifico que cualquier información que proporcione sobre mi enfermedad o afección, elegibilidad para cobertura o pago es precisa y completa. Entiendo que soy responsable de los cargos designados por mi compañía de seguros y que también soy responsable de los cargos no cubiertos por el seguro, incluidos los honorarios financieros. En el caso de que se inicien procedimientos de cobro sobre cualquier saldo pendiente, acepto ser responsable de los costos de cobro (incluidos, entre otros, costos judiciales, gastos y honorarios de abogados), en la medida permitida por la ley.

Entiendo que las disposiciones anteriores se aplican igualmente a mí o a cualquier persona para la que esté autorizando tratamiento.

Reconozco que estoy firmando este documento a través de una plataforma de firma electrónica, que la imagen electrónica se convertirá en el documento original y que se pueden usar copias de esta imagen en lugar del original.

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente/representante: _____ Fecha: _____

CONSENTIMIENTO PARA COMUNICACIONES ELECTRÓNICAS

Exer Urgent Care desea comunicarse con usted por correo electrónico, correo de voz telefónico y mensajes de texto (los Servicios) para:

- Proporcionar recordatorios sobre próximas citas.
- Proporcionar resultados de pruebas, resúmenes de tratamientos y recomendaciones para la atención de seguimiento.
- Distribuir información financiera/de facturación, tales como facturas y recibos.
- Solicitar comentarios, como, por ejemplo, mediante encuestas opcionales para pacientes.

El propósito de este documento es obtener su consentimiento y alertarlo sobre algunos de los riesgos, las limitaciones y las condiciones de uso. Además, usted comprende que se podrían aplicar tarifas por los mensajes y datos a las notificaciones por SMS.

Riesgos de utilizar la comunicación electrónica

Exer utilizará medios razonables para proteger la seguridad y confidencialidad de la información enviada y recibida; sin embargo, Exer no puede garantizar la seguridad y confidencialidad de las comunicaciones electrónicas y desea alertarlo sobre los siguientes riesgos clave:

- El uso de comunicaciones electrónicas para analizar información confidencial puede aumentar el riesgo de que dicha información sea robada/pirateada o divulgada a terceros.
- No es posible asegurar completamente la información.
- Los empleadores y los servicios en línea podrían tener el derecho legal de inspeccionar y conservar las comunicaciones electrónicas que pasan por sus sistemas.
- Las comunicaciones electrónicas pueden introducir malware en un sistema informático y potencialmente dañar o alterar la computadora, las redes y la configuración de seguridad.
- Las comunicaciones electrónicas pueden reenviarse, interceptarse, circularse, almacenarse o incluso modificarse sin el conocimiento o permiso de Exer o de usted. Incluso después de que el remitente y el destinatario hayan eliminado copias de las comunicaciones electrónicas, podrían existir copias de respaldo en un sistema informático.
- Asimismo, las comunicaciones electrónicas podrían divulgarse de conformidad con el deber de informar o por orden judicial.

Reconocimiento y acuerdo del paciente

Reconozco que he leído y entiendo completamente los riesgos y las limitaciones de los Servicios de comunicación electrónica. Entiendo y acepto los riesgos asociados con el uso de los Servicios de comunicación electrónica y seguiré las instrucciones que se describen a continuación, así como cualquier otra condición que Exer podría imponer a las comunicaciones con los pacientes que utilizan los servicios.

Reconozco y entiendo que se podría utilizar software de cifrado como mecanismo de seguridad para las comunicaciones electrónicas. Por diversos motivos, es posible que las comunicaciones con el proveedor o el personal que utiliza los Servicios no estén cifradas. A pesar de esto, acepto las comunicaciones por correo electrónico o los mensajes de texto no cifrados con el proveedor/personal.

Reconozco que soy responsable de informar a Exer sobre cualquier cambio en mi dirección de correo electrónico, número de teléfono móvil u otra información de mi cuenta.

Reconozco que Exer o yo podríamos, en cualquier momento, retirar la opción de comunicarnos electrónicamente a través de los Servicios previa notificación por escrito.

Reconozco que estoy firmando esta autorización a través de una plataforma de firma electrónica, que la imagen electrónica se convertirá en el documento original y que se podrían usar copias de esta imagen en lugar del original.

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente/representante: _____ Fecha: _____

FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN POR ADELANTADO AL PACIENTE DE SERVICIOS DE LABORATORIO SOLICITADOS

Le informamos que sus análisis de laboratorio pueden enviarse para procesamiento a laboratorios independientes que se indican más abajo. Si no tiene seguro médico, el laboratorio le facturará directamente y usted será responsable del pago del saldo. Si tiene seguro médico, puede ser que este laboratorio no esté en el listado de su plan de salud. Tiene derecho a recibir servicios en un laboratorio participante para obtener beneficios completos bajo su cobertura de salud. Si tiene preguntas o le gustaría ubicar un laboratorio del listado, contáctese con su plan de salud al número indicado en su tarjeta de seguro. El laboratorio facturará directamente a su seguro y usted será responsable de pagar el saldo restante. Si tiene alguna pregunta sobre su factura, contáctese con la institución identificada más abajo.

Tenga en cuenta que: Los análisis de laboratorio no pueden cancelarse después de la fecha de servicio.

Quest: 800-287-4309

LabCorp: 800-859-6046

HealthTrackRx: 844-218-3097

Reconozco que he leído y comprendo lo siguiente:

- El laboratorio indicado más arriba puede no estar en la red de mi plan de salud.
- Puedo ser responsable de pagar costos adicionales si recibo servicios de este laboratorio.
- Puedo llamar a mi plan de salud antes de recibir servicios para confirmar mis beneficios. Puedo llamar a mi plan de salud para obtener nombres de laboratorios participantes que puedan proporcionar las pruebas recomendadas.
- Este laboratorio me facturará copagos, deducibles, coseguros u otras sumas que yo deba pagar de acuerdo con mi plan.

Estoy eligiendo de manera voluntaria, en mi nombre o en nombre del paciente, recibir los servicios del laboratorio.

Reconozco que estoy firmando este documento a través de una plataforma de firma electrónica, que la imagen electrónica se convertirá en el documento original y que se pueden usar copias de esta imagen en lugar del original.

Patient Name: _____

Patient / Representative Signature: _____ Date: _____