

Formulario de Consentimiento para Servicios de Patología y Laboratorio

Firme y llene este formulario de consentimiento para autorizar a su médico a realizar una de las siguientes acciones:

- Enviarle a usted a un laboratorio o patólogo para que le realicen una extracción de sangre o recolección de una muestra para (seleccione una casilla solamente):
 - Análisis por única vez
 - Control continuo (pedido estándar o análisis de perfiles a medida)
- Extraerle sangre o recolectar su muestra en el consultorio y enviarlas a un laboratorio o patólogo fuera de la red para su procesamiento.

Este formulario no se aplica si le extraen sangre o recolectan una muestra en el consultorio y las envían a un laboratorio de la red. Este formulario es válido por 15 días desde la fecha de su firma, a menos que se seleccione la casilla "Control continuo". El control continuo es válido por un año a partir de la fecha de su firma.

UnitedHealthcare le recomienda usar un laboratorio o patólogo de la red. Es posible que deba pagar más de gastos de su bolsillo si usa un laboratorio fuera de la red. Consulte a su proveedor de cuidado si el laboratorio que se utiliza está dentro de su red.

¿Cómo encuentro un laboratorio o un patólogo de la red?

Usted o su proveedor de cuidado pueden buscar laboratorios y patólogos de la red en **myuhc.com**.

- Seleccione **Find a Physician, Laboratory or Facility** (Buscar un médico, laboratorio o centro).
- Elija **Tests and Imaging** (Pruebas y estudios de imágenes) y seleccione **Lab Tests** (Pruebas de laboratorio).

O bien, puede usar la aplicación móvil Health4MeSM de UnitedHealthcare o llamar al número gratuito para miembros que aparece en su tarjeta de ID del plan de salud.

Seleccione uno de las casillas a continuación:

- Usaré (o le he pedido a mi médico que use) un laboratorio o patólogo de la red.
- Usaré voluntariamente (o he acordado usar) un laboratorio o patólogo fuera de la red. Se me dio la posibilidad de seleccionar un laboratorio de la red y yo la rechacé. Seré responsable de la totalidad del costo del servicio si no cuento con beneficios fuera de la red. Si mi plan de beneficios incluye beneficios fuera de la red, se aplicarán los costos fuera de la red. Comprendo que los proveedores de cuidado fuera de la red por lo general tienen prohibido renunciar a las cantidades de costo compartido de los miembros, como copagos, deducibles y coseguro.

Para ser completado por su médico o profesional de cuidado de la salud de la red que otorga la referencia:

Nombre del proveedor de cuidado que otorga la referencia	Número de ID fiscal del proveedor de cuidado que otorga la referencia
Nombre del paciente	ID del miembro de UnitedHealthcare

Para ser completado por el paciente o tutor legal:

Firma del paciente	Fecha	Número de teléfono para llamadas durante el día
--------------------	-------	---

La compañía no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad en sus programas y actividades relacionados con la salud.

Ofrecemos servicios gratuitos para ayudarle a que se comuniquen con nosotros. Por ejemplo, cartas en otros idiomas o en letra grande. O bien, usted puede pedir un intérprete. Para pedir ayuda, llame al número de teléfono gratuito para miembros que aparece en su tarjeta de ID.

ATENCIÓN: Si habla español (Spanish), hay servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, a su disposición. Llame al número de teléfono gratuito que aparece en su tarjeta de identificación.

請注意：如果您說中文 (Chinese)，我們免費為您提供語言協助服務。請撥打會員卡所列的免付費會員電話號碼。