



Health Diagnostics of NWI, LLC

9003A Indianapolis Blvd. Highland, IN 46322

INFORMACION DEL PACIENTE (POR FAVOR ESCRIBA) :

APELLIDO : _____ NOMBRE : _____

Fecha de Nacimiento : _____ Genero: _____ Teléfono Celular: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código: _____

Email: _____

Autorización Para la Prueba

Autorizo Health Diagnostics of NWI, LLC para realizar pruebas de salud como parte de un programa de detección de bienestar/ receto el médico personal. Entiendo que los resultados son confidenciales y de ninguna manera Health Diagnostics of NWI, LLC ya proponer, diagnosticar o recomendar un tratamiento médico. Entiendo que es mi responsabilidad contactar mi médico personal para seguir adelante con estos resultados.

Consentimiento para Divulgar Resultados

Entiendo que al dar mi consentimiento, a Health Diagnostics of NWI, LLC y sus empleados de cualquier responsabilidad en relación con la confidencialidad de mis resultados. Al firmar abajo, doy mi consentimiento para Health Diagnostics of NWI, LLC para divulgar mis resultados de las pruebas a las siguientes personas:

_____, _____, _____

DEBIDO AL AUMENTO DE LOS COSTOS, SE AGREGA UN CARGO DE CONVENIENCIA DEL 3.99% A TODAS LAS TRANSACCIONES CON TARJETA DE CRÉDITO / DÉBITO. PARA EVITAR ESTA TARIFA, NO dude en pagar con efectivo o cheque. GRACIAS.

FIRMA: _____ FECHA: _____