

ORAL PATHOLOGY ASSOCIATES, INC.

Tissue Diagnosis & Consultation for the Health Care Professions

AUDREY L. BOROS, M.Sc., D.D.S.

Laboratory Director

Diplomate, American Board of Oral and Maxillofacial Pathology

11500 W. Olympic Blvd., Suite 390, P.O. Box 64720

Los Angeles, CA 90064-0720

Telephone: 310-235-1164

Fax: 310-235-1067

www.oralpathologyassociates.com

Email: oralpathlab@gmail.com

MÉDICO: Por favor, asegúrese de que su paciente lea, firme y feche este formulario de consentimiento antes de la biopsia u otro procedimiento de diagnóstico. El formulario de consentimiento completado y el formulario de contrato privado de exclusión voluntaria de Medicare (si corresponde) deben adjuntarse a la muestra para evitar retrasos en el procesamiento. Por favor, entregue al paciente una fotocopia del consentimiento o consentimientos firmados.

CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DE PATOLOGÍA ORAL

Como resultado de un examen exhaustivo realizado por su médico, se enviará una muestra a Oral Pathology Associates para su análisis y diagnóstico por parte de nuestros Patólogos Orales y Maxilofaciales certificados (OMFP). Los OMFP son médicos con una especialidad avanzada en la interpretación de muestras de la boca y los maxilares, y representan la especialidad más calificada para establecer un diagnóstico preciso de su tejido. Un diagnóstico preciso es fundamental para garantizar el tratamiento correcto. Nuestros patólogos emitirán un informe de diagnóstico que será enviado a su médico. Su médico discutirá los resultados con usted. En caso de un diagnóstico grave, llamaremos a su médico de inmediato por teléfono para facilitar cualquier atención de urgencia necesaria.

Usted recibirá una factura directamente de Oral Pathology Associates, Inc. por este servicio especializado. Este es un cargo por el diagnóstico microscópico preciso. Es independiente de los honorarios cobrados por su médico por la recolección de la muestra (biopsia). El costo exacto de cada muestra depende del diagnóstico y, por lo tanto, no es posible conocer el costo exacto por adelantado. Sin embargo, el cargo habitual por nuestro servicio de patología rutinaria más común es de \$319 por muestra. Los cargos por pruebas inusuales y casos complejos poco comunes, como tumores, son mayores (\$475), y se aplican cargos adicionales por procedimientos extra que incluyen, entre otros: tinciones especiales para microorganismos, descalcificación de tejido duro (\$119-225 cada uno) y evaluación de márgenes. En raras ocasiones, necesitamos enviar un caso para interconsulta; en tal situación, se aplicarán cargos adicionales de una institución externa sobre la cual no tenemos control, ya que cada institución tiene su propio programa de honorarios. Nuestra lista completa de tarifas está disponible en nuestro sitio web: www.oralpathologyassociates.com.

Le facturamos directamente por nuestros servicios especializados. El pago vence al recibir nuestro estado de cuenta. No tenemos contrato con ninguna compañía de seguros. **Nuestros servicios se consideran fuera de la red (out of network - OON) con todas las compañías de seguros. Los OMFP son un grupo de patólogos altamente subspecializados. Usted comprende que si elige enviar la muestra a un laboratorio dentro de su red, es probable que no cuente con un OMFP y, por lo tanto, es posible que su muestra no sea leída por el especialista adecuado, lo que podría resultar en una interpretación menos precisa de su biopsia.** Si se presenta un reclamo al seguro, cualquier pago de las compañías de seguros se enviará directamente al suscriptor. Por lo tanto, todos los pacientes son responsables del pago total, independientemente del seguro.

Nuestros servicios no son un beneficio cubierto por Kaiser. No somos proveedores de ningún programa de beneficios estatales o federales, incluyendo, entre otros, Tricare, la Administración de Veteranos (VA) o planes de Organizaciones de Mantenimiento de la Salud (HMO). Este laboratorio no es proveedor de planes financiados por el estado (Medicaid, MediCal/DentiCal, AHCCCS) y ha optado por no participar en Medicare. Presentaremos un reclamo de cortesía en su nombre únicamente a las compañías de seguros dentales tipo PPO.

PARA QUE ORAL PATHOLOGY ASSOCIATES PROCESA SU MUESTRA, ESTE CONSENTIMIENTO Y ACUERDO FINANCIERO DEBE SER FIRMADO Y FECHADO A CONTINUACIÓN

Certifico que he leído y comprendo la información anterior. Doy mi consentimiento para las pruebas de laboratorio necesarias para analizar mi(s) muestra(s). Entiendo que soy personalmente responsable financiero del pago total de estos servicios de patología necesarios para diagnosticar mi muestra y aceptó pagar todos los cargos relacionados dentro de los 30 días posteriores a la recepción de la factura. También aceptó que, si mi cuenta es transferida a una entidad externa para su cobro, pagaré la tarifa de cobranza de hasta el 35% de los cargos totales, honorarios razonables de abogados y costos judiciales relacionados con la obtención del pago.

También certifico que he tenido al menos 72 horas para revisar este documento antes del procedimiento de biopsia. Si necesita más tiempo, solicítelo al médico tratante. Todas mis preguntas con respecto a mi responsabilidad de pago por los servicios de patología han sido respondidas a mi satisfacción. Entiendo y acepto proceder con la(s) prueba(s) ordenada(s) y los servicios de diagnóstico relacionados que sean necesarios.

Autorizo la divulgación de la información médica necesaria y otros datos para fines de facturación y seguros. Autorizo la divulgación de mi información a cualquier agencia de cobranza a la que se le asigne mi cuenta. Doy permiso a Oral Pathology Associates para compartir información de salud protegida con otros proveedores de atención médica con licencia, según sea necesario y solicitado para fines de diagnóstico y/o tratamiento dentro de las regulaciones de HIPAA.

Our privacy commitment to you: The protected health information your doctor provided us will only be used for diagnostic, billing, scientific research, professional education or other business operations within HIPAA regulations. If desired, you may obtain a copy of our complete privacy policy by submitting a request to our compliance officer at the address listed above or by visiting our website at www.oralpathologyassociates.com.

Nuestro compromiso de privacidad con usted: La información de salud protegida que su médico nos proporcionó sólo se utilizará para operaciones de diagnóstico, facturación, investigación científica, educación profesional u otras operaciones comerciales dentro de las regulaciones de HIPAA. Si lo desea, puede obtener una copia de nuestra política de privacidad completa enviando una solicitud a nuestro oficial de cumplimiento a la dirección indicada arriba o visitando nuestro sitio web en www.oralpathologyassociates.com.

Firma del Paciente o Tutor Legal

Nombre en letra de molde

Fecha

Nota: La información proporcionada anteriormente era correcta cuando este formulario fue revisado en noviembre de 2021. Sin embargo, esta información está sujeta a cambios. Si este formulario se utiliza muchos meses después de la fecha de revisión, puede solicitar una copia de la versión actual en la dirección o al número de teléfono indicados abajo.