

Al firmar este formulario, usted reconoce que Atlanta West Dermatology & Surgery Center realiza ciertos servicios que requieren el uso de un laboratorio externo. Estos servicios incluyen, entre otros, biopsia de piel, cirugía, extracciones de sangre y cultivos. Los diferentes laboratorios que utilizamos son:

***Quest***

***LabCorp***

***Finan Dermatopathology***

***Diagnostic Dermatology Associates (DDA)***

***DermTech***

***DermStat***

Si tiene una preferencia entre ***Quest*** o ***LabCorp*** , por favor haga un círculo para indicar su preferencia.

No podemos cotizarle los precios de los servicios proporcionados por estos laboratorios externos ni podemos ayudarlo de ninguna manera con sus facturas. Tenemos listas que nos han proporcionado con los seguros que aceptan. Si desea verlos, informe a un miembro de nuestro personal.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Imprimir el nombre del paciente Firma Fecha**