

Formulario no aplicable para pacientes con seguro médico federal o estatal financiado por los EE. UU. (Por ejemplo, Medicaid, Medicaid administrado, Tricare).
 Contáctenos al numero 650.460.2551 si tiene un seguro de salud federal o estatal.

INFORMACION DEL PACIENTE

Por favor rellene todos los campos sombreados

<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text" value="MM-DD-YYYY"/>	
Nombre	Inicial	Apellido (s)		Fecha de Nacimiento	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Direccion de correo electrónico		Telefono	# de Personas en el hogar	Ingreso Anual Total (Pre-impuestos)	
<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Direccion (Domicilio)			Apt / Unidad / Suite	Ciudad	Estado Código Postal

NIVEL DE ASISTENCIA

Si el ingreso total anual de su hogar antes de impuestos es menor que las cantidades que se detallan a continuación, dependiendo del tamaño de su hogar, puede calificar para un precio reducido para la prueba UNITY Screen™. Si su responsabilidad financiera de bolsillo es superior a los costos de prueba a continuación, la limitaremos a un precio reducido.

Los valores de los ingresos son antes de impuestos y se basan en las pautas de pobreza del 2022: <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>. Para hogares con mas de 8 personas, comuníquese con nuestro Servicio de atención al cliente.

# de personas en el hogar	\$0	\$99	\$199	\$349
(incluido el embarazo actual)	coste de la prueba si el ingreso total de su hogar es igual o menor que:	coste de la prueba si el ingreso total de su hogar es igual o menor que:	coste de la prueba si el ingreso total de su hogar es igual o menor que:	coste de la prueba si el ingreso total de su hogar es igual o menor que:
2	\$18,310	\$36,620	\$73,240	\$109,860
3	\$23,030	\$46,060	\$92,120	\$138,180
4	\$27,750	\$55,500	\$111,000	\$166,500
5	\$32,470	\$64,940	\$129,880	\$194,820
6	\$37,190	\$74,380	\$148,760	\$223,140
7	\$41,910	\$83,820	\$167,640	\$251,460
8	\$46,630	\$93,260	\$186,520	\$279,780

CERTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Firma y fecha

Por la presente certifico que la información proporcionada anteriormente es verdadera y precisa. También certifico que no tengo ningún seguro de salud federal y estatal financiado por los EE. UU. (Por ejemplo, Medicare, Medicaid, Tricare, Medicare Advantage). Comprendo y acepto que BillionToOne se reserva el derecho, en cualquier momento y sin previo aviso, de modificar el formulario de solicitud, modificar o finalizar este programa, auditar mi información o solicitar información adicional.

<input type="text"/>
Firma del Paciente
<input type="text" value="MM-DD-YYYY"/>
Fecha

INFORMACIÓN CLÍNICA

campos sombreados deben ser rellenos

<input type="text"/>	
Nombre de la Clínica	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Teléfono de la Clínica	Fax de la Clínica
<input type="text"/>	
Direccion de la clínica	

INSTRUCCIONES

Complete y coloque este formulario en el cuadro junto con la muestra, o envíelo por fax al 833.915.0146.