

HEALTHY KIDS CARE AT SUNRISE

NON-COVERED SERVICES CONSENT FORM

All newborns in the United States require the newborn screening test. This test is a simple procedure to find out if your baby has certain medical conditions which may lead to serious brain damage, organ damage, or even death if left untreated.

This procedure is a non-covered benefit through your insurance plan. You do have the option to have this test performed at the hospital if you would like your insurance to cover the cost.

Our office charge for this test is \$25.00.

If you authorize our office to perform this test, please sign and date this form.

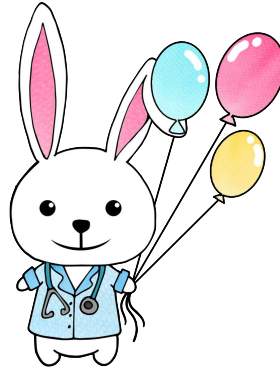
Name of Baby

Baby Date of Birth

PRINT Parent / Legal Guardian Name

SIGNATURE Parent / Legal Guardian Name

Date of Procedure



HEALTHY KIDS CARE AT SUNRISE

FORMA DE CONSENTIMIENTO DE SERVICIOS NO CUBIERTOS POR ASEGURANSA

Todos los bebes recién nacidos en los Estados Unidos requieren de un estudio que se llama NEWBORN SCREENING TEST (Cribando recién nacida). Esta prueba es un procedimiento sencillo que nos deja saber si el bebe tiene algunas condiciones medicas, que pueden causar dano al cerebro, a los organos, o incluso la muerte si se deja sin tratamiento.

Este procedimiento es un beneficio no cubierto por su plan de asequaranza. Usted tiene la opcion de tener esta prueba en el hospital si usted desea que su seguro cubra los gastos.

Nuestra oficina cobra \$25.00 por este examen.

Si usted autoriza para ser el examen en nuestra oficina por favor firme esta forma incluyendo la fecha.

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

ESCRIBE El Nombre del Padre /
Guardián Legal

FIRMA El Nombre del Padre /
Guardián Legal

Fecha de Procedimiento