

REGISTRO



Cuenta de RTL# _____
(asignado por el empleado de RTL)

Table with 2 columns: Datos del Paciente and Datos de la Pareja (si aplica). Rows include Name, Email, Birth Date, Sex, Cell Number, Home/Alt Number, SS #, and Address (City, State, Zip).

Tipo de Tejido: [] Embrión(es) [] Oocito(s) [] Esperma [] Tejido Ovárico [] Tejido Testicular [] Oocito(s) Donado(s): Número de identificación [] Esperma Donado: Número de identificación

Razón para la criopreservación: (i.e. Tratamiento de Cáncer, Conservación para FIV, Vasectomía, Donación, etc.)

Medico de Referencia No Fertilidad (si es el caso, El Oncólogo, El Urólogo) Nombre Dirección

¿Ha tenido usted o su pareja una vez una prueba positiva de VIH, Hepatitis B, Hepatitis C, HTLV I & II, Sífilis, Clamidia, Gonorrea, el Virus del Zika, el Virus del Nilo (West Nile Virus), el COVID-19, o otra enfermedad transmisible? Marque uno: [] No [] Sí

¿Ha vivido o viajado usted o su pareja una vez adónde el CDC ha dado una alarma o advertencia acerca de los viajes debido al riesgo de la transmisión de la enfermedad del virus del Zika, ébola, o otra enfermedad? Marque uno: [] No [] Sí

Cientes con Embriones Solamente:

¿Se utilizaron óvulos donados o esperma donado para crear sus embriones? Marque uno: [] Sí [] No

¿Se utilizó útero alquilado para su tratamiento de FIV? Marque uno: [] Sí [] No

Opciones de Pago: Por favor indicar el intervalo de pago de cuotas que usted elija. Las cuotas no son reembolsables. [] Trimestre [] 1 Año [] Múltiples años: (elija 2,3,5, o 10 años, visite a www.reprotech.com para ver los costes) ¿Tiene Cobertura de Progyny? [] Sí [] No

AUTORIZACION DE TARJETA DE CREDITO: Su firma autoriza a ReproTech LLC a cobrar a su tarjeta por las cuotas del envío y el almacenamiento. [] Marcar aquí si esta autorizando el uso su tarjeta de crédito a RTL solamente para el primer período de almacenaje anual o de múltiples años y los honorarios de envío. Favor de observar que los honorarios trimestrales de almacenaje son automáticamente cargados a su tarjeta de crédito y no son elegibles para una autorización de una sola vez. Firma: Fecha Número de tarjeta A nombre de Fecha de vencimiento **PAGO CON UNA TARJETA DE CREDITO SE REQUIERE PARA TODOS CLIENTES INTERNACIONALES**

Doctor de FIV/Clinica Nombre Teléfono

Dirección Ciudad Estado Código Postal Calle

LA FIRMA DEL PACIENTE (Y PAREJA, si aplica) SE REQUIERE Su firma debajo afirma que acepta nuestro reglamento de privacidad (www.rtlhipaa.com) y indica que toda la información en este documento es verdad y preciso. Además, acuerda mantener actualizado a ReproTech LLC sobre su dirección y datos para contactarlo.

Firma del Paciente (o Guardián si menor de edad) Fecha

Firma de la Pareja (si aplica) Fecha

Si solicita que algún dato de su cuenta se entregue a alguien excepto usted mismo, por favor que contacte a ReproTech o visite a www.rtlmedicalinforelease.com para descargar el documento y nombrar otro individuo a quien podemos entregar datos medicos.

The Cryostorage Experts Florida 954.570.7687 • Minnesota 651.489.0827 • Nevada 775.284.2795 • Texas 469.547.2399