

Datos del Paciente	Datos de la Pareja (si aplica)
Nombre:	Nombre:
Correo electrónico: (El correo electrónico se usara para facturas y acceso al portal del cliente)	Correo electrónico: (El correo electrónico se usara para facturas y acceso al portal del cliente)
Fecha de Nacimiento:	Fecha de Nacimiento:
Sexo:	Sexo:
Número de celular:	Número de celular:
Número de la Casa/Alternativo:	Número de la Casa/Alternativo:
SS #	SS #
Dirección de calle:	Dirección de calle:
Ciudad: Estado: Código Postal:	Ciudad: Estado: Código Postal:

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 _____
 Calle Ciudad Estado Postal

¿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
 Si la respuesta es Sí, favor de especificar: _____

¿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
 Si la respuesta es Sí, ¿Adónde viajó? _____ Fechas de viajes: _____

Cientes con Embriones Solamente:

¿Se utilizaron óvulos donados o esperma donado para crear sus embriones? **Marque uno:** Sí No
 Si la respuesta es Sí, favor de especificar: _____

¿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)
 Las cuotas de almacenamiento y envío se deben pagar por adelantado. **¿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 _____ Calle
 Ciudad Estado Código Postal

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.