CASTILLO * WALTERS OB/GYN

4488 North Shallow ford Road NW.
Suite 210
Atlanta, GA 30338
Telephone (770) 730-0451

3630 Savannah Place Dr.
Building 100, Suite B
Duluth, GA 30096
Telephone (678) 474-0203

CONSENT FOR HPV TEST

.

I, _____ I have received information regarding the Human Papillomavirus (HPV). I understand that this test (HPV) is done at the same time as the Pap test and this will be sent to the laboratory. I also understand that additional charges will be made by the laboratory due to such test and I will be responsible for payment (If health insurance is available, the laboratory will bill my insurance first and I will be responsible for any payment not covered by my insurance).

□ I am _____ years old and I authorize Castillo Walters OB/GYN to perform the HPV test.

□ I am _____ years old and I DO NOT authorize Castillo Walters OB/GYN to perform the HPV test.

_____ _____

Patient Signature / Legal Guardian Date

****

CONSENTIMIENTO PARA EXAMEN DE VPH

Yo, _____ he recibido información acerca del Virus de Papilloma Humano (VPH). Entiendo que este exámen (VPH) es realizado al mismo tiempo que mi Papanicolao y será enviado al laboratorio. También entiendo que el laboratorio hará un cargo adicional por el análisis de este exámen y yo soy responsable por culaquer pago (Si tengo seguro médico, el laboratorio enviará la cuenta al seguro primero, y yo seré responsable por cualquier cantidad no cubierta por el mismo)

□ Tengo _____ años y doy autorización a Castillo Walters OB/GYN para realizar el exámen de VPH.

□ Tengo _____ años y NO doy autorización a Castillo Walters OB/GYN para realizar el exámen de VPH.

_____ _____

Firma de la Paciente / Guardian Legal Fecha