

Pruebas médicas y genéticas para los clientes depositantes

A continuación se enumeran las pruebas que se realizan rutinariamente a las personas que desean que su tejido reproductivo se almacene en Fairfax Cryobank Inc. (en adelante "Cryobank") para procedimientos de fertilidad. Todos los clientes que tendrán semen congelado por Cryobank deben hacerse pruebas de anticuerpos del VIH-1 y VIH-2, antígeno de superficie de la Hepatitis B y anticuerpos de la Hepatitis C. Si los especímenes se van a almacenar o utilizar en el estado de California, también se requiere la prueba de HTLV I/II y Sífilis. Cada prueba y su respectivo costo se enlistan a continuación y se cobrarán adicionalmente a las tarifas normales de congelación, almacenamiento, envío y manipulación que figuran en la lista de tarifas.

Requerido para TODOS los clientes depositantes		
<input type="checkbox"/>	Le proporcionaré a Cryobank una copia del informe del laboratorio y de los resultados de las pruebas requeridas mencionadas arriba en un plazo de 15 días. Entiendo que estas pruebas deben haberse realizado en los últimos 30 días. Soy responsable de los gastos incurridos por la fuente externa para los análisis. En caso de incumplimiento, mis muestras se pondrán en cuarentena hasta que se reciban los resultados de las pruebas. Mientras las muestras estén en cuarentena, entiendo que se me cobrará la actual tarifa mensual de almacenamiento en cuarentena.	\$0
<input type="checkbox"/>	Me gustaría que me extraigan sangre en el lugar y se analice para detectar las enfermedades apropiadas según las regulaciones de pruebas actuales	\$140
<input type="checkbox"/>	Me gustaría que me extraigan sangre en el lugar y se analice para detectar las enfermedades apropiadas según las regulaciones de pruebas actualizar para el programa de Terapia Hormonal para Reafirmación de Género.	\$500

Puede elegir pruebas adicionales en la siguiente tabla. Por favor, indique las pruebas deseadas con una marca de verificación.

Pruebas opcionales, por favor indique las pruebas deseadas abajo.		
Serología		
<input type="checkbox"/>	RPR	\$50
<input type="checkbox"/>	FTA	\$90
<input type="checkbox"/>	VIH-1, VIH-2, VHB & VHC por PCR	\$300
<input type="checkbox"/>	Grupo sanguíneo y tipo de Rh	\$50
<input type="checkbox"/>	*Virus del Nilo Occidental	\$105
<input type="checkbox"/>	Otro	Variable
Pruebas de muestra de semen por PCR		
<input type="checkbox"/>	Citomegalovirus NAT	\$250
<input type="checkbox"/>	Virus del papiloma humano (VPH16 & VPH18)	\$500
<input type="checkbox"/>	Virus del herpes simple (HSV1 & HSV2)	\$500
Pruebas genéticas		
<input type="checkbox"/>	Cariotipo (análisis de cromosomas en la sangre)	\$500
<input type="checkbox"/>	Enfermedad genética individual:	\$250
<input type="checkbox"/>	Panel del portador expandido (280+)	\$500

*La prueba del Virus del Nilo Occidental se recomienda para especímenes recogidos entre el 1 de junio y el 31 de octubre.

Autorizo a Cryobank a seguir las instrucciones de las casillas marcadas arriba en relación con las pruebas genéticas y de enfermedades, y a realizar los análisis de sangre del individuo del que se va a obtener, congelar y almacenar el semen. También entiendo que Cryobank o su personal no son responsables de manera alguna de los resultados de las inseminaciones posteriores realizadas con las muestras de semen que he pedido que se examinen y se criogenicen.

Nombre del cliente (en letra imprenta): _____

Firma del cliente: _____ Fecha _____

Revisado por el personal de Cryobank (Firma): _____ Fecha _____

Cuenta #

CONFIDENCIAL Y EXCLUSIVO DE LA EMPRESA