

Envíe por correo a billing@arboretumclinical.com | Fax 617-465-0695 | ¿Preguntas? Llame al (617) 798-2477
Por correo postal a Arboretum Clinical, 245 Main St Fl 2, Cambridge MA 02142

Este formulario no es una orden para una prueba. Puede completarlo el paciente, un representante o el consultorio que ordena.

* = Obligatorio

1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

*Apellido	*Nombre	Inicial	*Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)
*Dirección	Apto #		*Sexo
			☐ Femenino ☐ Masculino
*Ciudad	*Estado	*Código postal	N.º de cuenta (si lo sabe)
*Teléfono	*Correo electrónico	*Enviar la decisión a	
		☐ Paciente ☐ Consultorio	

2. PRUEBA ORDENADA Y PROVEEDOR QUE ORDENA

*Prueba ordenada (marque todas las que correspondan)

- | | |
|---|---|
| ☐ Arboretum Familiar Hypercholesterolemia Test | ☐ Arboretum Combined Hereditary Cardiomyopathy and Arrhythmia Test |
| ☐ Arboretum Coronary Artery Disease PRS Test | ☐ Arboretum Hereditary Aortopathy Test |
| ☐ Arboretum Hereditary Cardiomyopathy Test | ☐ Arboretum Hereditary Cancer Test |
| ☐ Arboretum Hereditary Arrhythmia Test | ☐ Otra: <input type="text"/> |

*Nombre del consultorio o centro

*Médico que ordena

*Teléfono

Fax

3. INGRESOS DEL HOGAR

*Ingreso bruto anual del hogar (\$)

*Número de personas en el hogar

Como referencia: escala de asistencia financiera 2026

Si se aprueba, lo máximo que pagaría	\$0	\$50	\$100	\$150	\$200	\$250 solo autopago
Tamaño del hogar	225% del NFP o menos	225 a 350% del NFP	350 a 450% del NFP	450 a 550% del NFP	550 a 650% del NFP	más de 650% del NFP
1	\$35,910	\$55,860	\$71,820	\$87,780	\$103,740	más de \$103,740
2	\$48,690	\$75,740	\$97,380	\$119,020	\$140,660	más de \$140,660
3	\$61,470	\$95,620	\$122,940	\$150,260	\$177,580	más de \$177,580
4	\$74,250	\$115,500	\$148,500	\$181,500	\$214,500	más de \$214,500
5	\$87,030	\$135,380	\$174,060	\$212,740	\$251,420	más de \$251,420
6	\$99,810	\$155,260	\$199,620	\$243,980	\$288,340	más de \$288,340
7	\$112,590	\$175,140	\$225,180	\$275,220	\$325,260	más de \$325,260
8	\$125,370	\$195,020	\$250,740	\$306,460	\$362,180	más de \$362,180

Las cifras corresponden al ingreso bruto anual del hogar en el límite superior de cada banda. Los montos son el precio de autopago si no tiene seguro, o lo máximo que pagaría después de facturar al seguro.

Nota: Por encima del 650% del NFP, los \$250 aplican solo al autopago; un paciente con seguro puede calificar para un descuento a través de la Sección 4.

NFP = Nivel Federal de Pobreza. Fuente: Guías Federales de Pobreza de HHS 2026, 48 estados contiguos y D.C. Agregue \$12,780 por persona para hogares de más de 8.

4. DIFICULTAD FINANCIERA

Marque todo lo que corresponda a su hogar y luego descríballo brevemente. Adjunte documentación en la Sección 5.

- ☐ Evento importante de vida o vivienda en los últimos 12 meses, como una mudanza, la pérdida de un familiar o un cambio en el cuidado de otras personas
- ☐ Pérdida de ingresos en los últimos 12 meses, o ingresos impredecibles por trabajo por turnos o trabajo temporal
- ☐ Gastos de cuidado de dependientes superiores al 10% del ingreso bruto del hogar en los últimos 12 meses
- ☐ Gastos médicos superiores al 5% del ingreso bruto del hogar en los últimos 12 meses
- ☐ Otra circunstancia que afecte su capacidad de pago

Describe brevemente lo que marcó y cómo afecta su capacidad de pago

5. DOCUMENTOS QUE ADJUNTA

Adjunte un comprobante de ingresos o de inscripción en un programa. Si marcó una dificultad arriba, adjunte también documentación de esa dificultad. Se puede enviar una certificación de dificultad financiera del proveedor en lugar de la documentación de ingresos.

- | | |
|--|---|
| ☐ Primera página de la declaración de impuestos | ☐ Formulario W-2 del empleador actual o más reciente |
| ☐ Talón de pago reciente | ☐ Carta de aprobación o denegación de beneficios |
| ☐ Comprobante de inscripción en un programa | ☐ Aviso de despido, cesantía o reducción de horas |
| ☐ Aviso de desalojo o corte de servicios | ☐ Comprobante de gastos médicos |
| ☐ Estados de cuenta bancarios recientes | ☐ Comprobante de gastos de cuidado de dependientes |
| ☐ Certificación de dificultad del proveedor | ☐ Otro |

6. FIRMA

Certifico que la información en esta solicitud es verdadera y completa según mi leal saber y entender. Entiendo que Arboretum Clinical toma una determinación individual de necesidad financiera, puede solicitar documentación adicional y puede verificar lo que he proporcionado. La asistencia no está garantizada y se basa en la revisión de esta solicitud.

Firma del paciente o representante personal

Nombre en letra de imprenta

Fecha

Parentesco con el paciente, si no es el mismo

Office use only

☐ Charity care

☐ Provider attestation

☐ Other:

Initials: