



**Authorization for Utilization of Out- of- Network Provider and Consent Form**

I, \_\_\_\_\_, and \_\_\_\_\_ request  
(PATIENT NAME) (DOCTOR NAME)

that Infinity Diagnostic Laboratories, 370 North St., Teterboro, NJ 07608 perform testing on my behalf.

Infinity Diagnostic Labs is my choice for Laboratory Services. We have chosen to utilize Infinity Diagnostic Labs based on their Established Reference Ranges to ensure I am being monitored based on Physical, History and Previously Established Laboratory Data from Infinity Diagnostic Labs.

Additionally, my physician has informed me of the local Draw Station, but I have chosen against utilizing this draw station due to the excessive wait times for specimen collection. I have been made aware that this provider takes appointments.

I have been informed that Infinty Diagnostic Labs is an out of network provider for Aetna, and I elect to utilize my Out of Network benefits with Aetna for testing provided by Infinity Diagnostic Labs.

I have chosen to receive services by the above-noted out-of-network provider, Infinity Diagnostic Labs.

Infinity Diagnostic Labs has notified me that they will Accept Payment by Aetna as an Out-of-Network Provider.

\_\_\_\_\_  
(PATIENT SIGNATURE)

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(DATE)



**Autorización para Utilizar un Proveedor Fuera del Network y Forma de Consentimiento**

Yo, \_\_\_\_\_, y \_\_\_\_\_ solicitamos  
(NOMBRE DEL PACIENTE) (NOMBRE DEL DOCTOR)

Que Infinity Diagnostic Laboratories, 370 North St., Teterboro, NJ 07608 realice los análisis de sangre a mi nombre.

Infinty Diagnostic Labs, es la opción que escogí para los Servicios de Laboratorio. He decidido utilizar Infinity Diagnostic Labs basándome en sus Rangos de Referencia establecidos, que me asegura que estoy siendo observado con base a la Historia, Física e Información de Laboratorio previamente establecida por Infinity Diagnostic Labs.

Adicionalmente, mi doctor me informo, acerca del sitio de colección de muestras más cercano; pero Yo decidí contrariamente el no utilizar este sitio de colección de muestras debido al excesivo tiempo de espera para la colección de estos. Yo he sido avisado que con este proveedor se tiene que hacer cita también.

Yo he sido informado que Infinity Diagnostic Labs es un participante fuera del Network como proveedor de Aetna y yo he elegido utilizar mis beneficios fuera del Network con Aetna para el análisis de sangre que Infinity Diagnostic Labs ofrece.

Yo escogí recibir los servicios mencionados en la parte de arriba, con Infinity Diagnostic Labs, como proveedor fuera del Network.

Infinity Diagnostic Labs me notifico que ellos aceptan pago de Aetna como un Proveedor fuera del Network.

\_\_\_\_\_  
(PATIENT SIGNATURE)

\_\_\_\_\_  
(DATE)