



BAYSHORE WOMENS HEALTHCARE
BOARD CERTIFIED IN OBSTETRICS & GYNECOLOGY

Human Papilloma Virus (HPV)

Bayshore Women's Healthcare strives in giving our patients the best medical care possible. We routinely screen for **Human Papilloma Virus (HPV)** with the sample taken at the same time of your pap smear. We have noticed that sometimes the insurance has not covered the lab specimen for the **Human Papilloma Virus (HPV)** (specifically Aetna for women under 30). Although most insurance companies do cover this sample, we find that it is important to inform you and make you aware that you should contact your insurance company prior to your visit to find out if this test is covered under your health plan. Insurance companies do not guarantee payment or benefits to our office. This is a simple and important routine test that is done to continue to provide you with the best care possible.

Bayshore Women's Healthcare se esfuerza por brindar a nuestros pacientes la mejor atención médica posible. Detectamos de manera rutinaria el **virus del papiloma humano (VPH)** con la muestra tomada al mismo tiempo de la prueba de Papanicolaou. Hemos notado que a veces el seguro no ha cubierto la muestra de laboratorio para el **Virus del Papiloma Humano (VPH)** (específicamente Aetna para mujeres menores de 30 años). Aunque la mayoría de las compañías de seguros cubren esta muestra, consideramos que es importante informarle y hacerle saber que debe comunicarse con su compañía de seguros antes de su visita para averiguar si esta prueba está cubierta por su plan de salud. Las compañías de seguros no garantizan pagos o beneficios a nuestra oficina. Esta es una prueba de rutina simple e importante que se realiza para continuar brindándole la mejor atención posible.

I am fully aware of the information above and assume full responsibility for any bills my insurance does not cover.

Estoy plenamente consciente de la información anterior y asumo toda la responsabilidad por cualquier facture que mi seguro no cubra.

_____ **Yes, I want the doctor to run the HPV test. / Si, quiero que el medico realice la prueba de VPH.**

_____ **No, I do not want the doctor to run the HPV test. / No, quiero que el medico realice la prueba de VPH.**

Patient Signature: _____

Date: _____

*Joseph R. Triana, M.D., F.A.C.O.G.
Albert Triana, M.D., F.A.C.O.G.*

Francisco Cruz-Pachano, M.D., F.A.C.O.G., R.D.M.S.

*Ernesto Cardenas, M.D., F.A.C.O.G.
Youssef Mouhayar, M.D., F.A.C.O.G*