



**G-1B** Formulario de remisión de muestras (MZO. 2006)  
Rev. 6

CLIA núm.  
45D0660644  
Laboratory Services Section  
1100 W. 49<sup>th</sup> Street, MC-1947  
Austin, Texas 78756-3194  
(888) 963-7111, ext. 7318, o (512) 458-7318  
<http://www.dshs.state.tx.us/lab>

*Coloque la etiqueta de código de barra aquí*

**Sección 1. DATOS DEL REMITENTE -- (\*\* REQUERIDO)**

Núm. de remitente/TPI **	Nombre del remitente **	
Núm. de NPI **	Dirección **	
Ciudad **	Estado **	Código Postal **
Núm. de teléfono **	Contacto	
Fax	Nombre de la clínica	

**Sección 2. DATOS DEL PACIENTE -- (\*\* REQUERIDO)**

NOTA: se REQUIERE el nombre del paciente en la tarjeta de identificación y la tarjeta de identificación del paciente.

Apellido \*\*

Dirección \*\*

Ciudad \*\*

Código Postal \*\*

País de origen

Raza:

Blanca

Negra o afroamericana

Amerindia/nativa de Alaska

Asiática

Nativa de Hawai/Isleña del Pacífico

Otra

Etnia:

Hispana

No hispana

Se desconoce

**Sección 5. DATOS DEL MÉDICO -- (\*\* REQUERIDO)**

Nombre del médico \*

UPIN del médico \*\*

Núm. de identificación del médico \*\*

Sección 6. DATOS DEL SEGURO -- (REQUERIDO)

Remitente  Seguro privado

Medicaid  Medicare

Núm. de Medicaid/Medicare: \_\_\_\_\_

(anexe la copia de la tarjeta)

Programas del DSHS:

Pasos Sanos de Texas

Gestión de casos de NBS

Programa de Refugiados

TX CLPPP

Título V – Planificación familiar

Título V – MCH

Título X – Planificación familiar

Título XX – Planificación familiar

Otro: \_\_\_\_\_

**Sección 3. TIPO DE MUESTRA**

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) \*\*

Edad

Sexo

Núm. de Seguro Social \*\*

Si es mujer, ¿está embarazada?

Sí  No  Se desconoce

Fecha de obtención \*\* (REQUERIDA)

Hora de obtención

Obtenida por

Núm. de expediente médico

Código diagnóstico de ICD \*\*

Núm. previo de laboratorio de muestras del DSHS

**Sección 4. QUÍMICA CLÍNICA**

Sangre: capilar

Sangre: venosa

Suero

Sangre: papel filtrante

Plasma

Otro:

NOTAS: ? = para pruebas de colesterol, perfil lípido y glucosa documente la fecha y hora en que las muestras se retiraron del CONGELADOR/REFRIGERADOR en la casilla inferior derecha.

? = pruebas cubiertas por Pasos Sanos de Texas o Programas de Niños Sanos del título V.

Consulte las instrucciones del formulario para conocer los detalles de cómo rellenarlo. Puede encontrar los detalles de los requisitos de pruebas y muestras en el Manual de servicios de referencia de la Sección de Servicios de Laboratorio. Visite nuestro sitio web en <http://www.dshs.state.tx.us/lab/>.

Nombre de la HMO/Atención dirigida/aseguradora \*

Dirección \*

Ciudad \*

Estado \*

Código Postal \*

Parte responsable \*

Núm. tel. de aseguradora \*

Núm. de id. de seguro de parte responsable \*

Nombre del grupo \*

Núm. del grupo \*

"Por este conducto autorizo la divulgación de información relativa a los servicios aquí descritos y asimismo asigno toda prestación a la que tenga derecho a la Sección de Servicios de Laboratorio del Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas".

Firma del paciente o la parte responsable.

Firma \*

Fecha \*

**Sección 7. PRUEBAS DE REFERENCIA DE RECIÉN NACIDOS**

Fenilalanina

**Sección 8. ANÁLISIS DE ADN +++ Preautorización requerida +++**

Fenilcetonuria:

Análisis de mutación completa

Análisis de mutación de portador

Prueba de ADN de hemoglobina: \_\_\_\_\_

Hiperlipemia ? ?

En ayunas (1)

Sin ayunar (2) (Colesterol total, HDL)

Hemoglobina total ?

Electroforesis de hemoglobina ?

Prueba de plomo ?

Prueba de enfermedad hemolítica perinatal (EHP) (Rhogam) ?

(Incluye prueba de ABO, Rh y anticuerpos) NO se congele.

Diabetes ? ?

Aleatoria (1)

En ayunas (2)

Posprandial de 2 horas (3)

Tolerancia a la glucosa ? ?

En ayunas (4)

1 hora (6)

2 horas (7)

3 horas (8)

\_\_\_\_ horas. Tiempo desde el último alimento.

<p>¿Recibió el paciente inmunoglobulina</p> <p>Rh<sub>o</sub>(D) en los últimos 6 meses?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí      <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si "sí", la fecha: _____</p> <p>Semanas de gestación: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Sífilis (RPR) ?</p> <p><input type="checkbox"/> Colesterol total ? ?</p> <p><input type="checkbox"/> Perfil de lípidos ? ?</p>	<p>Diagnóstico clínico: _____</p>
<p><small>Se realizarán pruebas secundarias (tipo Ab y de titulación) a las pruebas de anticuerpos positivas.</small></p>		<p style="text-align: center;"><b>FOR LAB USE ONLY</b></p> <p>REMOVED FROM REFRIGERATOR/REFRIGERADOR PARA ENVÍOS FRÍOS</p> <p>FECHA: _____</p> <p>Specimen Received: <input type="checkbox"/> Room Temp      <input type="checkbox"/> Frozen</p>

Ejemplo