



G-2A Formulario de remisión de muestras (MZO. 2006)
Rev. 1

CLIA núm.
45D0660644
Laboratory Services Section
1100 W. 49th 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 y de TPI **	Nombre del remitente **	
Núm. de NPI **	Dirección **	
Ciudad **	Estado **	Código Postal **
Núm. de teléfono **	Contacto	
Fax	Código de la clínica	

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

NOTA: se **REQUIERE** el nombre del paciente en la tarjeta de identificación de Medicaid y el formulario, la tarjeta de identificación de Medicaid y el formulario de identificación de Medicaid.

Apellido **	Primer nombre	Apellido materno	
Dirección **	Núm. de teléfono		
Ciudad **	Estado **	Código Postal **	Pais de origen/núm. de identificación binacional
Raza: <input type="checkbox"/> Blanca	<input type="checkbox"/> Afroamericana	<input type="checkbox"/> Hispana	<input type="checkbox"/> No hispana
<input type="checkbox"/> Amerindia/nativa de Alaska	<input type="checkbox"/> Indígena	<input type="checkbox"/> Se desconoce	
<input type="checkbox"/> Nativa de Hawai/isleña del Pacífico	<input type="checkbox"/> Otra		
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) **	Edad	Sexo	Núm. de Seguro Social **
Si es mujer, ¿está embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce			
Fecha de obtención ** (REQUERIDA)	Hora de obtención	Obtenida por	
Núm. de expediente médico/núm. de extranjero/CUI	Código diagnóstico de ICD **	Núm. previo de laboratorio de muestras del DSHS	
Fecha de aparición	Diagnóstico/síntomas	Riesgo	
<input type="checkbox"/> Paciente interno	<input type="checkbox"/> Paciente externo	<input type="checkbox"/> Asociación de brote:	<input type="checkbox"/> Vigilancia

Sección 3. FUENTE O TIPO DE MUESTRA

<input type="checkbox"/> Absceso (sitio)	<input type="checkbox"/> Lesión (sitio)	<input type="checkbox"/> Espujo: inducido
<input type="checkbox"/> Sangre	<input type="checkbox"/> Ganglio linfático (sitio)	<input type="checkbox"/> Espujo: natural
<input type="checkbox"/> Sangre: Papel filtrante	<input type="checkbox"/> Nasofaríngeo	<input type="checkbox"/> Frotis de garganta
<input type="checkbox"/> Médula ósea	<input type="checkbox"/> Fluido oral	<input type="checkbox"/> Tejido (sitio) _____
<input type="checkbox"/> Lavados bronquiales	<input type="checkbox"/> Plasma	<input type="checkbox"/> Uretral
<input type="checkbox"/> Cervical	<input type="checkbox"/> Frotis rectal	<input type="checkbox"/> Orina
<input type="checkbox"/> Fluido cerebroespinal	<input type="checkbox"/> Suero:	<input type="checkbox"/> Vaginal
<input type="checkbox"/> Ocular	Agudo (fecha): _____	<input type="checkbox"/> Herida (sitio) _____
<input type="checkbox"/> Heces/deposición	Convaleciente (fecha): _____	<input type="checkbox"/> Otro:
<input type="checkbox"/> Gástrica		

Sección 6. SEROLOGIA/INMUNOLOGIA REFERENCIAL

NOTAS: § = requiere muestras agudas y convalecientes.
@ = proporcione el historial del paciente al reverso del formulario para evitar que se retrase el procesamiento de la muestra.
? = se realizarán pruebas secundarias en las pruebas positivas. Cada sección de pruebas (p. ej. Serología/inmunología referencial) requiere un formulario y muestra por separado.
? = pruebas cubiertas por Pasos Sanos de Texas o Programas de Niños Sanos del título V (Título V - MCH).

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/>.

Sección 4. DATOS DEL MÉDICO - (REQUERIDO)**

Nombre del médico **	Núm. de licencia de médico **
UPIN del médico **	NPI del médico **

Sección 5. GAD - (REQUERIDO)

Si el paciente es Medicaid, a Medicare, al seguro privado o al seguro de Medicaid, se requiere el número de identificación de Medicaid o programa del DSHS, la siguiente información requerida se señala con un asterisco (*). Si no provee la información requerida, **SE FACTURARÁ AL REMITENTE.**

Remite: Seguro privado
 Medicaid Medicare

de Medicaid/Medicare: _____

Programas del DSHS:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pasos Sanos de Texas | <input type="checkbox"/> Título V – Planificación familiar |
| <input type="checkbox"/> Subvención de BT | <input type="checkbox"/> Título V - MCH |
| <input type="checkbox"/> VIH/enfermedades venéreas | <input type="checkbox"/> Título X – Planificación familiar |
| <input type="checkbox"/> Inmunizaciones | <input type="checkbox"/> Título XX – Planificación familiar |
| <input type="checkbox"/> IDEAS | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Programa de Refugiados | <input type="checkbox"/> Zoonosis |
| | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Nombre de la HMO/Atención dirigida/aseguradora *		
Dirección *		
Ciudad *	Estado *	Código Postal *
Parte responsable *		

Núm. telefónico 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. PRUEBA DE VIH/VHC

<input type="checkbox"/> VHC solamente
<input type="checkbox"/> VIH/VHC ?
<input type="checkbox"/> VIH solamente ? ?
<input type="checkbox"/> Inmunotransferencia solamente
Justificación: _____

Sección 8. SEROLOGIA SIFILÍTICA

<input type="checkbox"/> RPR solamente – prueba de curación
<input type="checkbox"/> RPR - prueba de sífilis ?
<input type="checkbox"/> VDRL (fluido cerebroespinal solamente)
<input type="checkbox"/> Confirmación de sífilis RPR
Justificación: _____

<input type="checkbox"/> Arbovirus (SLE/Nilo Occidental) @ ? <input type="checkbox"/> Inmunodifusión Asper gillus <input type="checkbox"/> Brucelosis § @ <input type="checkbox"/> Linforeticulosis benigna IgG § @ <input type="checkbox"/> Citomegalovirus <input type="checkbox"/> IgG § <input type="checkbox"/> IgM <input type="checkbox"/> Erliquia IgG § <input type="checkbox"/> Panel micótico CF ? <input type="checkbox"/> Hantavirus IgG/IgM § @ <input type="checkbox"/> Panel de hepatitis aguda <input type="checkbox"/> Hepatitis A (Ab total) <input type="checkbox"/> Hepatitis A IgM <input type="checkbox"/> Ab superficial de hepatitis B <input type="checkbox"/> Ag superficial de hepatitis B <input type="checkbox"/> Hepatitis B básica (Ab total) <input type="checkbox"/> IgM básico de hepatitis B <input type="checkbox"/> Hepatitis B eAg <input type="checkbox"/> Hepatitis B eAb	<input type="checkbox"/> Hepatitis C IgG ? <input type="checkbox"/> Legionelosis IgG § <input type="checkbox"/> Borreliosis IgG/IgM § @ <input type="checkbox"/> Paperas <input type="checkbox"/> IgG § <input type="checkbox"/> IgM @ <input type="checkbox"/> Peste § @ <input type="checkbox"/> Fiebre Q IgG § <input type="checkbox"/> Panel riquetsial (RMSF, tífus) § <input type="checkbox"/> Rubeola, sífilis, hepatitis B sAg ? ? <input type="checkbox"/> Rubeola, sífilis, hepatitis B sAg, VIH ? ? <input type="checkbox"/> Prueba de rubeola (Título V – Planificación familiar) ? <input type="checkbox"/> Rubeola <input type="checkbox"/> IgG § <input type="checkbox"/> IgM @ <input type="checkbox"/> Rubeola <input type="checkbox"/> IgG § <input type="checkbox"/> IgM @ <input type="checkbox"/> Toxoplasma <input type="checkbox"/> IgG § <input type="checkbox"/> IgM <input type="checkbox"/> Tularemia § @ <input type="checkbox"/> Varicela zoster IgG § <input type="checkbox"/> Otro: @	Sección 9. PRUEBAS REFERENCIALES DE CDC <input type="checkbox"/> Mal de Chagas @ <input type="checkbox"/> Cisticercosis @ <input type="checkbox"/> Equinococcus @ <input type="checkbox"/> VIH-2 @ <input type="checkbox"/> HTLV-I @ <input type="checkbox"/> Leptospirosis @ <input type="checkbox"/> Toxocariasis @ <input type="checkbox"/> Otro: @	Sección 10. VIROLOGIA <input type="checkbox"/> Microscopía electrónica <input type="checkbox"/> Vigilancia de gripe Vacuna recibida: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cultivo referencial (Identificación de virus aislado) Sospecha: _____ Remitido el: _____ <input type="checkbox"/> Aislamiento viral (exhaustivo) <input type="checkbox"/>
FOR LABORATORY USE ONLY		Sección 9. PRUEBAS REFERENCIALES DE CDC	Sección 10. VIROLOGIA
Room Temp. <input type="checkbox"/> Cold <input type="checkbox"/> Frozen <input type="checkbox"/>		Room Temp. <input type="checkbox"/> Cold <input type="checkbox"/> Frozen <input type="checkbox"/>	

Ejemplo