



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

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/TPI ** Nombre del remitente **

Núm. de NPI ** Dirección **

Ciudad ** Estado ** Código Postal **

Núm. de teléfono ** Contacto

Fax Dirección de la clínica

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

Nombre del médico *

UPIN del médico ** Núm. del médico **

Sección 6. DATOS DEL PACIENTE -- (REQUERIDO)

Remitente Seguro privado
Medicaid Medicare

Núm. de Medicaid/Medicare: _____
(anexe la copia de la tarjeta)

Programas del DSHS:

Pasos Sanos de Texas Título V – Planificación familiar
 Gestión de casos de NBS Título V – MCH
 Programa de Refugiados Título X – Planificación familiar
 TX CLPPP Título XX – Planificación familiar
 Otro: _____

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 ** Número de identificación del paciente del 2.º nombre

Dirección ** Teléfono

Ciudad ** Estado ** Código Postal ** País de origen

Raza: Blanca Negra o afroamericana Hispana
 Amerindia/nativa de Alaska Asiática Etnia: No hispana
 Nativa de Hawái/Isleña del Pacífico Otra Se desconoce

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

Nombre de la HMO/Atención dirigida/aseguradora *

Dirección *

Ciudad * Estado * Código Postal *

Sección 3. TIPO DE MUESTRA

Sangre: capilar Sangre: venosa Suero
 Sangre: papel filtrante Plasma Otro:

Parte responsable *

Núm. tel. de aseguradora * Núm. de id. de seguro de parte responsable *

Sección 4. QUÍMICA CLÍNICA

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 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.

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) 2 horas (7)
 1 hora (6) 3 horas (8)

____ horas. Tiempo desde el último alimento.

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: _____

<p>¿Recibió el paciente inmunoglobulina</p> <p>Rh_o(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>
FOR LAB USE ONLY		
<p><small>Se realizarán <i>pruebas secundarias</i> (tipo Ab y de titulación) a las pruebas de anticuerpos positivas.</small></p>	<p>Specimen Received: <input type="checkbox"/> Room Temp <input type="checkbox"/> Cold</p>	<p>REQUERIDO para envíos fríos</p> <p>REMOVER del COCINADOR/REFRIGERADOR</p> <p>FECHA: _____ HORA: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Frozen</p>

Ejemplo