



**G-1C** Formulario de remisión de muestras (MZO. 2006) Rev. 2  
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 y de TPI **	Nombre del remitente **		
Núm. de NPI **	Dirección		
Ciudad **	Estado **	Código Postal **	
Núm. de teléfono **	Contacto		
Fax	Código de la clínica		

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

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

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

NOTA: se **REQUIERE** el nombre del paciente para cada muestra. Véase el Manual de Servicios de Laboratorio de Muestreo Prenatal.

Apellido **	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
Dirección **	Raza: <input type="checkbox"/> Blanca/caucásica <input type="checkbox"/> Negra o afroamericana <input type="checkbox"/> Amerindia/nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Nativa de Hawai/isleña del Pacífico <input type="checkbox"/> Otra				
Ciudad **	Etnia: <input type="checkbox"/> Hispana <input type="checkbox"/> Filipina <input type="checkbox"/> Múltiple <input type="checkbox"/> No hispana <input type="checkbox"/> Coreana <input type="checkbox"/> No se especifica <input type="checkbox"/> Semítica <input type="checkbox"/> Oriental <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/> China				
Código Postal **	Nombre de la HMO/Atención dirigida/aseguradora *				
Pais de origen	Dirección *				
	Ciudad *	Estado *	Código Postal *		
	Núm. de expediente médico	Código diagnóstico de ICD **	Núm. previo de laboratorio de muestras del DSHS		Núm. tel. de aseguradora *
					Núm. de id. de seguro de parte responsable *
					Nombre del grupo *
					Núm. del grupo *

**Sección 5. SEGURO -- (REQUERIDO)**

Indique si el paciente es asegurado por Medicaid, Medicare, seguro privado o programa del DSHS. Si indica seguro privado o programa del DSHS, la siguiente información requerida se señala con un asterisco (\*).  
**SE FACTURARÁ AL REMITENTE.**

Remitente  Seguro privado  
Medicaid  Medicare

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

**Programas del DSHS:**

- Título V – Planificación familiar
- Título V – MCH
- Título X – Planificación familiar
- Título XX – Planificación familiar
- Otro: \_\_\_\_\_

**Sección 3. SOLICITUD DE PRUEBA TRIPLE Y DATOS DEL PACIENTE**

**NOTAS:** 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/>.

"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.**

**(Se requiere toda la información para las pruebas).**

Historial de obstetricia G \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_ AB \_\_\_\_\_

¿Fetos múltiples?  Sí  No Especifique el número de fetos: \_\_\_\_\_

Uso de insulina **previo al** embarazo (IDDM)  Sí  No

Medicamento materno  Sí  No Especifique: \_\_\_\_\_

¿Repetir muestra?  Sí  No Si "sí", indique la razón: \_\_\_\_\_

Firma \* \_\_\_\_\_ Fecha \* \_\_\_\_\_

**FOR DSHS LABORATORY USE ONLY**

Specimen received \_\_\_\_\_

Specimen condition \_\_\_\_\_

Verify specimen \_\_\_\_\_

Edit \_\_\_\_\_

**Edad de gestación (elija un método de cálculo).**

- FECHA de LMP \_\_\_\_\_ (mm/dd/aa)
- Datación de ultrasonido \_\_\_\_\_ semana \_\_\_\_\_ días el \_\_\_\_\_ (mm/dd/aa)
- Si es ecografía a 1/10 de semana \_\_\_\_\_ semanas el \_\_\_\_\_ (mm/dd/aa)
- Examen físico \_\_\_\_\_ semana \_\_\_\_\_ días el \_\_\_\_\_ (mm/dd/aa)
- Fecha de parto calculada \_\_\_\_\_ (mm/dd/aa) por: US \_\_\_\_\_ LMP \_\_\_\_\_ Examen \_\_\_\_\_

PESO ACTUAL	FECHA DE OBTENCIÓN	HORA DE OBTENCIÓN	OBTENIDA POR	Fecha de entrega	Completed
					Mailed & faxed
					Mailed, mailed & faxed

Ejemplo