



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

Sección 4. DATOS DEL MÉDICO -- (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		

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 para obtener más información.

Apellido **	Nombre al nacer del niño (si aplica) **			
Dirección **	Núm. de teléfono			
Ciudad **	Estado **	Código Postal **	Pais de origen	
<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				
<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				
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
Núm. de expediente médico	Código diagnóstico de ICD **	Núm. previo de laboratorio de muestras del DSHS		

Remitente Seguro privado
 Medicaid Medicare

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

Programas del DSHS:

Título V – Planificación familiar Otro: _____
 Título V – MCH
 Título X – Planificación familiar
 Título XX – Planificación familiar

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: _____

Edad de gestación (elija un método de cálculo).

Firma * _____ Fecha * _____

FOR DSHS LABORATORY USE ONLY

Specimen received

Specimen condition

Verify specimen

Edit

- 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	Ant	n	vise	mail	faxed
							vise	mail	faxed
							vise, mailed & faxed		

Ejemplo