



G-2B 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 4. DATOS DEL MÉDICO -- (REQUERIDO)**

Nombre del médico **	NPI del médico **
UPIN del médico **	NPI del médico **

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

NOTA: se REQUIERE el nombre del paciente en la muestra y éste en el formulario, la tarjeta de Medicaid y el formulario de inscripción.

Apellido **	Primer nombre	Apellido materno		
Dirección **	Núm. de teléfono			
Ciudad **	Estado	Código Postal **	Pais de origen/núm. de identificación binacional	
Raza:	Etnia:			
<input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Amerindia/nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Nativa de Hawai/isleña del Pacífico	<input type="checkbox"/> Afroamericana <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Otra	<input type="checkbox"/> Hispana <input type="checkbox"/> No hispana <input type="checkbox"/> Se desconoce		
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 -- (REQUERIDO para muestras de micobacteriología)

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

Sección 6. BACTERIOLOGIA

NOTAS: @ = proporcione el historial del paciente al reverso del formulario para evitar que se retrase el procesamiento de la muestra.
? = pruebas cubiertas por Pasos Sanos de Texas o Programas de Niños Sanos del título V.
Para identificación y clasificación del cultivo puro, sírvase proporcionar las reacciones bioquímicas al reverso del formulario o adjunte una copia de la impresión bioquímica. Cada sección de prueba (Bacteriología, por ejemplo) requiere un formulario y una muestra por separado. 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/>.

Muestras clínicas:	Cultivos puros:
<input type="checkbox"/> Aislamiento aeróbico	<input type="checkbox"/> Identificación aeróbica solamente
<input type="checkbox"/> Sonda amplificada (de gonorrea/clamidia solamente)	Sospecha de organismo:
<input type="checkbox"/> Aislamiento anaeróbico	<input type="checkbox"/> Identificación anaeróbica solamente
<input type="checkbox"/> Botulismo @	Sospecha de organismo:

Sección 5. PAGOS (REQUERIDO)

Si el paciente es beneficiario de Medicaid, a Medicare, al seguro privado o al seguro de desempleo, se requiere el número de identificación del programa del DSHS, la siguiente información requerida se señala con un asterisco (*).
SE FACTURARÁ AL REMITENTE.

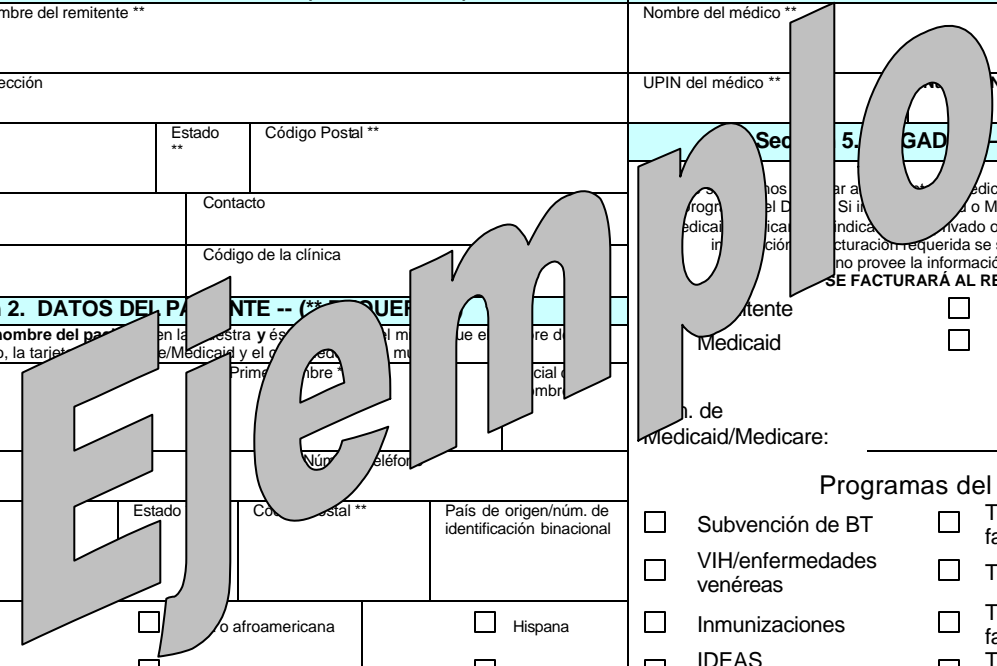
¿Cómo pagará el paciente?

Seguro privado
 Medicare

¿Cubre Medicaid/Medicare?

Programas del DSHS:

Subvención de BT Título V – Planificación familiar
 VIH/enfermedades venéreas Título V – MCH
 Inmunizaciones Título X – Planificación familiar
 IDEAS Título XX – Planificación familiar
 Programa de Refugiados Tuberculosis
 Pasos Sanos de Texas Zoonosis
 Otro: _____



Nombre de la HMO/Atención dirigida/aseguradora *	Dirección *	
Ciudad *	Estado *	Código Postal *
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 9. TERRORISMO QUÍMICO (CT)

Perfil de CT (sangre y orina)
Justificación: _____

Sección 10. MICOBACTERIOLOGÍA/MICOLOGÍA

Muestras clínicas:

Citología y cultivo AFB (bacilo acidoresistente)

Cromatografía líquida (HPLC) directa solamente

Fecha de inicio de tratamiento con fármacos múltiples: _____

Cultivos puros:

Identificación de bacilo acidoresistente (AFB ID)

Identificación micótica

MTB: primer panel de fármacos

<input type="checkbox"/> Prueba de difteria <input type="checkbox"/> Patógenos entéricos <input type="checkbox"/> Gonorrea/clamidia (sonda genética) ? <input type="checkbox"/> Cultivo de gonorrea <input type="checkbox"/> Cultivo de tos ferina <input type="checkbox"/> Prueba de estreptococo (sólo grupo B) <input type="checkbox"/> Toxina/EHEC <input type="checkbox"/> Toxina/otra: _____	<input type="checkbox"/> Identificación de Campylobacter solamente <i>Estudios especiales:</i> <input type="checkbox"/> Estudios tóxicos <input type="checkbox"/> Otro: _____ <i>Identificación y clasificación:</i> <input type="checkbox"/> E. coli (confirmación de EHEC) <input type="checkbox"/> Haemophilus influenzae <input type="checkbox"/> Neisseria meningitidis <input type="checkbox"/> Salmonella <input type="checkbox"/> Shigella <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> MTB: segundo panel de fármacos <input type="checkbox"/> MTB PZA <input type="checkbox"/> Identificación de otros actinomicetos aeróbicos <input type="checkbox"/> Otro: _____
Sección 7. ESTUDIOS MOLECULARES		
<input type="checkbox"/> PCR para: _____ <input type="checkbox"/> PFGE para: _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____	Sección 8. ENTOMOLOGÍA <input type="checkbox"/> Identificación de _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____	
FOR LABORATORY USE ONLY		
<input type="checkbox"/> Room Temp. <input type="checkbox"/> Cold <input type="checkbox"/> Frozen		

Ejemplo