

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Enviar duplicado del informe a Nombre: _____

Fax: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

APELLIDO	NOMBRE	INICIAL	2.º NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTE
DIRECCIÓN			<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	FECHA DE NACIMIENTO / /
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO ()	

INFORMACIÓN DE FACTURACIÓN

ADJUNTAR UNA COPIA DE LA LICENCIA DE CONDUCIR DEL PACIENTE - FRENTE Y REVERSO - Y UNA COPIA DE LA TARJETA DEL SEGURO DEL PACIENTE - FRENTE Y REVERSO

Autorización financiera y para divulgación de información: En contraprestación por los servicios recibidos, por la presente, cedo/cedemos los beneficios que me correspondieran por la cobertura de los servicios suministrados por Laboratory Medicine Consultants, incluso los beneficios médicos importantes. Autorizo/autorizamos la divulgación de información necesaria para los fines del seguro. Además, en contraprestación por los servicios brindados al paciente, por la presente, me obligo/nos obligamos a asumir la responsabilidad por el pago total de la cuenta.

NOMBRE DEL ASEGURADO (SUSCRIPTOR)	APELLIDO	NOMBRE	INICIAL 2.º NOMBRE	
PACIENTE ES:	<input type="checkbox"/> ÉL MISMO	<input type="checkbox"/> CÓNYUGE	<input type="checkbox"/> HIJO	<input type="checkbox"/> OTRO
SEGURO PRIMARIO	NÚMERO DE ID		NÚMERO/NOMBRE DE GRUPO	
DIRECCIÓN DEL SEGURO	<input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> HMO	CIUDAD	ESTADO/CÓDIGO POSTAL	
SEGURO SECUNDARIO/DIRECCIÓN	<input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> HMO	NÚMERO DE ID	NÚMERO/NOMBRE DE GRUPO	
FIRMA DEL PACIENTE ASEGURADO PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN	FECHA	FACTURAR A (MARCAR CASILLERO) <input type="checkbox"/> DOCTOR/CLIENTE <input type="checkbox"/> PACIENTE <input type="checkbox"/> SEGURO		

IMPORTANTE PACIENTES DE MEDICARE: LA NOTIFICACIÓN PREVIA PARA EL BENEFICIARIO, SI FUERA NECESARIA, DEBERÁ SER COMPLETADA, FIRMADA POR EL PACIENTE Y ADJUNTADA. **IMPORTANTE**

CÓDIGO CIE 9 Papanicolaou de cuello uterino rutinario (V76.2) Examen ginecológico rutinario (V72.31) Papanicolaou vaginal post hist. (V76.47) Otros sitios/No de cuello uterino (V76.49) (Requerido) Papanicolaou de paciente de alto riesgo (V15.89) Examen especial de detección de clamidia no especificada (V73.98) Examen especial de detección del virus papiloma humano (HPV) (V73.81) Otros exámenes especiales de detección en mamas (V76.19) Examen especial de detección para enfermedad venérea; Prueba de detección para enfermedades bacterianas y por espiroquetas de transmisión sexual. Prueba de detección para enfermedades de transmisión sexual no especificadas (V74.5) Diagnóstico

DIAGNÓSTICO (ESPECIFICAR CIE 9)	1. _____	2. _____	3. _____	4. _____
--	----------	----------	----------	----------

INFORMACIÓN DE LA MUESTRA:	FECHA DE RECOLECCIÓN	/ /	HORA DE RECOLECCIÓN	: _____	AM PM
-----------------------------------	----------------------	-----	---------------------	---------	----------

INFORMACIÓN CLÍNICA	CITOLOGÍA	PRUEBA MOLECULAR
<p>Última menstruación: _____</p> <p>Fecha último Papanicolaou: _____</p> <p>Diagnóstico: _____</p> <p>Historia clínica</p> <p><input type="checkbox"/> Examen rutinario</p> <p><input type="checkbox"/> Papanicolaou anterior anormal</p> <p><input type="checkbox"/> Sangrado vaginal anormal</p> <p><input type="checkbox"/> Píldoras anticonceptivas</p> <p><input type="checkbox"/> Quimioterapia/radiación</p> <p><input type="checkbox"/> Fumadora</p> <p><input type="checkbox"/> Depo-Provera®</p> <p><input type="checkbox"/> Terapia de reemplazo con estrógenos</p> <p><input type="checkbox"/> Herpes</p> <p><input type="checkbox"/> Antecedentes de HPV o displasia</p> <p><input type="checkbox"/> Inmunosuprimida</p> <p><input type="checkbox"/> DIU</p> <p><input type="checkbox"/> Menopáusica</p> <p><input type="checkbox"/> Posparto (semanas)</p> <p><input type="checkbox"/> Embarazada (semanas)</p> <p><input type="checkbox"/> Malignidad ginecológica anterior</p> <p><input type="checkbox"/> Histerectomía supracervical</p> <p><input type="checkbox"/> Histerectomía total</p> <p><input type="checkbox"/> Otro</p> <p>Historia clínica: _____</p>	<p>Origen de la muestra</p> <p><input type="checkbox"/> Endocervical/Cervical <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Otro _____</p> <p>Papanicolaou y prueba de HPV</p> <p><input type="checkbox"/> Papanicolaou en base líquida (ThinPrep® o SurePath®)</p> <p><input type="checkbox"/> Papanicolaou en base líquida con prueba de detección de ADN de HPV para pacientes mayores de 30 años</p> <p><input type="checkbox"/> Papanicolaou en base líquida con prueba confirmatoria, si ASC-US (células escamosas atípicas de significado indeterminado)</p> <p><input type="checkbox"/> Papanicolaou en base líquida con prueba confirmatoria, si ASC-US o superior</p> <p><input type="checkbox"/> ADN de HPV de alto riesgo</p> <p><input type="checkbox"/> Prueba confirmatoria de genotipo de HPV-HR (HPV de alto riesgo) si HPV-HR es positivo</p> <p>Prueba Cervical DNA Dtex®</p> <p><input type="checkbox"/> DNA Dtex®</p> <p><input type="checkbox"/> DNA Dtex® si LSIL (lesión escamosa intraepitelial de bajo grado)</p> <p><input type="checkbox"/> DNA Dtex® si LSIL o ASC-US/HPV+</p> <p><input type="checkbox"/> DNA Dtex® si LSIL o HRHPV+</p> <p>Examen de hoy</p> <p><input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal</p> <p><input type="checkbox"/> Se realizó biopsia concurrente</p> <p>Datos de alto riesgo</p> <p><input type="checkbox"/> Papanicolaou anormal dentro de los últimos 3 años</p> <p><input type="checkbox"/> Exposición a DES</p> <p><input type="checkbox"/> Inicio temprano de la actividad sexual</p> <p><input type="checkbox"/> Antecedentes de ETS</p> <p><input type="checkbox"/> Múltiples parejas sexuales</p> <p><input type="checkbox"/> Sin Papanicolaou en los últimos 7 años o <3 Papanicolaou negativos</p>	<p><input type="checkbox"/> Prueba de detección de clamidia (CT) y gonorrea (NG)</p> <p><input type="checkbox"/> CT solamente <input type="checkbox"/> NG solamente</p> <p><input type="checkbox"/> HSV 1&2</p> <p><input type="checkbox"/> HSV1 solamente <input type="checkbox"/> HSV2 solamente</p> <p><input type="checkbox"/> Panel de vaginitis BD Affirm (los tres organismos)</p> <p><input type="checkbox"/> Tricomonas solamente</p> <p><input type="checkbox"/> Cándida solamente</p> <p><input type="checkbox"/> Gardnerella solamente</p> <p><input type="checkbox"/> Panel de micoplasma urogenital y ureaplasma</p> <p><input type="checkbox"/> Panel ampliado de vaginosis</p> <p><input type="checkbox"/> Panel de vaginitis a cándida</p> <p><input type="checkbox"/> Otro</p> <p>(Ver reverso de la solicitud para componentes del panel si se solicitan por separado.)</p> <p>PRUEBA NO GINECOLÓGICA</p> <p><input type="checkbox"/> Halo <input type="checkbox"/> Secreción del pezón</p> <p>Indicar fuente</p> <p><input type="checkbox"/> Mama derecha <input type="checkbox"/> Mama izquierda</p> <p>CULTIVOS</p> <p><input type="checkbox"/> Fuente _____</p> <p><input type="checkbox"/> Estreptococos del grupo B <input type="checkbox"/> Orina</p> <p><input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Otro _____</p> <p>FIBROSIS QUÍSTICA</p> <p><input type="checkbox"/> Panel de mutación de FQ</p> <p>¿Antecedentes familiares de FQ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Grupo étnico</p>

ESTA PÁGINA ES SOLO PARA REFERENCIA. USAR EL FRENTE DEL FORMULARIO

Todas las pruebas que se indican a continuación pueden solicitarse individualmente o como un Panel según la necesidad médica. Si se prefiere una prueba individual, escribir el nombre de la prueba en la línea "Otro" en el frente de la solicitud.

Panel de micoplasma urogenital y ureaplasma

- Mycoplasma hominis
- Mycoplasma genitalium
- Ureaplasma urealyticum

Panel ampliado de vaginosis

- B. fragilis
- Gardnerella vaginalis
- Mobiluncus mulieris
- M. curtisii
- Atopobium vaginae
- P. bivia

Panel de vaginitis a cándida

- C. albicans
- C. krusei
- C. tropicalis
- C. glabrata
- C. parapsolis

FORMULARIO DE SOLICITUD DE PRUEBAS DE LABORATORIO

PACIENTE: NOMBRE: _____ SEXO: MASCULINO FEMENINO
 DIRECCIÓN: _____ TELÉFONO: _____
 CIUDAD: _____ ESTADO: _____ C.P.: _____

LABORATORIO: NOMBRE: _____ DIRECCIÓN: _____
 CIUDAD: _____ ESTADO: _____ C.P.: _____

FECHA DE LA SOLICITUD: _____

INDICACIONES: _____

PRUEBAS SOLICITADAS:

- Panel de micoplasma urogenital y ureaplasma
- Panel ampliado de vaginosis
- Panel de vaginitis a cándida
- Otros: _____

OTROS DATOS: _____

CONSENTIMIENTO: SI NO

ASINADO: _____