



SOLICITUD DE PRUEBAS DE ACCESO DIRECTO

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Genero: ___M ___F

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Zip: _____

Teléfono (casa): _____

Teléfono (cell): _____

PANELES DE BIENESTAR	PRECIO	Compruebe por favor (que pruebas están solicitando ✓)
Panel de salud general: incluye química general, ácido úrico, panel de lípidos, CBC y TSH *Vea las descripciones de las pruebas individuales a continuación	\$75	
PRUEBAS INDIVIDUALES	PRECIO	
* Química general – panel de prueba de 14 que medidas azúcar en la sangre, electrolitos, proteínas y funciones generales del riñón y del hígado así como ácido úrico	\$25	
* Panel de lípidos -Los triglicéridos (grasas y sustancias grasas), colesterol HDL (colesterol bueno), LDL (colesterol malo) * Por favor estar en ayunas 12-14 horas antes de la prueba	\$25	
* CBC: (Cuento sanguíneo completo): proporciona información sobre los tipos y las cantidades de células en la sangre, incluidos los glóbulos blancos (glóbulos blancos), los glóbulos rojos (glóbulos rojos), HGB (hemoglobina), HCT (hematocrito), plaquetas	\$20	
* TSH – (Hormona estimulante del tiroides) utilizados para evaluar la función de la glándula tiroides y monitorear la terapia de reemplazo de la tiroides	\$25	
Hemoglobina A1c – Utilizado para diagnosticar diabetes y controlar control de azúcar en sangre en pacientes diabéticos	\$25	
Screening de PSA – Detección de cáncer de próstata, (examen para hombres solamente)	\$25	
La vitamina D – Utilizados para evaluar la salud ósea	\$65	
Perfil de hierro – los estudios de hierro son importantes para diagnosticar la anemia y la deficiencia de hierro y para monitorear la efectividad de los tratamientos	\$65	
Tipo de sangre – ABO, Rh	\$25	
Anticuerpo COVID IgG – para determinar el estado inmune al virus Covid-19	\$80	
PRUEBAS DE RADIOLOGÍA	PRECIO	
Composición corporal – Identifica masa magra del músculo, hueso y porcentaje de grasa corporal	\$40	
Payment: Cash ___ Check ___ Credit ___	COSTO TOTAL	

___ Por favor enviar mis resultados a la dirección que aparece arriba. ___ Yo voy a recoger mis resultados a CCCH dentro de 3 días

___ Yo Autorizo a _____ para levantar mis resultados de pruebas de sangre

PARTICIPANTE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

- Entiendo que porque estas pruebas resultados no ha ordenado como consecuencia de mi condición médica personal, no son considerados un "servicio cubierto" para propósitos de seguro, y que será mi responsabilidad personal para pagar por esta prueba.
- También entiendo que los resultados no se mantendrá bajo mi número de expediente médico, y que la única copia enviará a mí en la dirección antes mencionada. No se conservan copias de **en mi expediente médico, a menos que haga una cita con mi proveedor de la familia y llevar una copia conmigo a mi cita. Resultados sólo están disponibles en el CCCH para 30 días después de la fecha de la prueba.**
- Entiendo que ningún profesional médico revisará los resultados de mi prueba y que el hospital realizará ninguna acción basada en los resultados.

Firma del participante o representante personal del participante

Fecha

Impreso nombre y relación al participante si firmada por el representante personal