Chase County Community Hospital
600 West 12th Street, Imperial, NE 69033 308-882-7111

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 continuacion	$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**: (Conteo 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	
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 provedor de la familia y llevar una copia conmigo a mi cita. Los resultados solo están disponibles en CCCH durante 30 días después de la fecha de la prueba, o pueden encontrarse en mi portal de pacientes.**
- 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