



Barton County Health Dept  
 1300 Kansas Ave Great  
 Bend KS 67530  
 (620)793-1902



**Public Health**  
 Prevent. Promote. Protect.

Número de Cliente: \_\_\_\_\_

## Formulario de Consentimiento de Laboratorio

Yo, \_\_\_\_\_ entiendo que es mi responsabilidad dar seguimiento con un médico de cualquier resultado de los laboratorios que me estoy realizando por medio del Departamento de Salud del Condado de Barton. Quiero liberar al Departamento de Salud del Condado de Barton y a todos su agentes, empleados o trabajadores de cualquier responsabilidad por mi falta de seguimiento médico en los resultados que recibiré, así como de cualquier complicación que pueda surgir de tener la venipuntura (extracción de sangre) realizada. La prueba que he pedido se realizará por Laboratorio Quest. Los resultados serán enviados al Departamento de Salud del Condado de Barton y El Departamento de Salud del Condado de Barton me enviará los resultados en 10 o 14 días.

El Departamento de Salud del Condado de Barton no enviara por fax los resultados a los medicos. El paciente es responsable de sus resultados de laboratorio.

En Caso de una **emergencia de salud**, Yo autorizo al Departamento de Salud del Condado de Barton contactar a:

\_\_\_\_\_  
 Nombre de Contacto de Emergencia

\_\_\_\_\_  
 Número de Teléfono

\_\_\_\_\_  
 Firma del Cliente

\_\_\_\_\_  
 Fecha

### Por favor liste los laboratorios que desea recibir el dia de hoy

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## SERVICIOS DE LABORATORIO DE VIDA SANA



**\$10.00 DE CARGO  
POR VISITA**

COST	LABORATORY TEST
<input type="checkbox"/> \$ 7.50	Conteo Sanguíneo Completo(CBC) <i>Chequea la anemia, Infecciones, o enfermedades</i>
<input type="checkbox"/> \$ 8.50	** <b>Perfil Metabólico Integran (Examen en ayunas)</b> <i>Medida de Electrolitos, glucosa, riñón y enzimas del hígado</i>
<input type="checkbox"/> \$ 6.25	** <b>Glucosa(Examen en ayunas)</b> <i>Comprueba el azúcar en la sangre</i>
<input type="checkbox"/> \$ 12.75	Hemoglobina A1C <i>Detección de Diabetes y SIDA en el manejo de la diabetes (niveles de la glucose a largo plazo)</i>
<input type="checkbox"/> \$ 7.50	** <b>Paneles de función hepática (Examen en ayunas)</b> <i>Chequea cómo esta funciona el hígado</i>
<input type="checkbox"/> \$ 20.00	Anticuerpo del virus de la hepatitis C <i>Chequea si usted ha estado expuesto a la Hepatitis C</i>
<input type="checkbox"/> \$ 18.00	Anticuerpo superficial de la Hepatitis B, Quantitative <i>Se utiliza para ver si usted tiene alguna inmunidad a la Hepatitis B o Inmunidad de la Vacuna</i>
<input type="checkbox"/> \$ 12.75	Hepatitis B Surface Antibody, Cuantitativo <i>Se utiliza para comprobar la enfermedad</i>
<input type="checkbox"/> \$ 19.00	HIV 1/2 Antígeno/Anticuerpo <i>Indica si usted ha sido expuesto al VIH</i>
<input type="checkbox"/> \$ 9.50	** <b>Panel Lipil (Examen en ayuna)</b> <i>Una medica confinable de Colesterol, Triglicéridos, HDL, LDL</i>
<input type="checkbox"/> \$ 28.50	Anticuerpo contra el Sarampión(IgG) <i>Indicador si alguna vez ha estado expuesto al sarampión o a la Inmunidad de las vacunas</i>
<input type="checkbox"/> \$ 24.25	Anticuerpo del virus de las paperas(IgG) <i>Indicador si alguna vez ha estado expuesto a las paperas o a la Inmunidad de las vacunas</i>
<input type="checkbox"/> \$ 35.75	Cotina de nicotina, suero <i>Indicador si usted es un fumador o alrededor de la nicotina</i>
<input type="checkbox"/> \$ 10.50	Estado immune de la rubéola <i>Indicador si alguna vez ha estado expuesto a la Rubéola o la Inmunidad de las vacunas</i>
<input type="checkbox"/> \$ 19.00	TSH (Hormona estimulante de la Tiroides) <i>Verifica el cumplimiento de la medicación y también indica problemas de Tiroides</i>
<input type="checkbox"/> \$ 16.75	T3 Total <i>Mide los sitios de union de hormonas tiroideas disponibles(usualmente los doctores lo ordenan)</i>
<input type="checkbox"/> \$ 30.50	T4, Free (FT4) <i>Comprueba los autoanticuerpos circulantes (usualmente los doctores lo ordenan)</i>
<input type="checkbox"/> \$ 19.00	PSA (Antígeno prostático específico) <i>Mide PSA para ayudar en el diagnóstico del Cancer de próstata</i>
<input type="checkbox"/> \$ 19.00	Anticuerpo de Virus de laVaricella-Zoster (IgG) <i>Indicador si alguna vez ha estado expuesto a la varicella o a la Inmunidad de las vacunas</i>
<input type="checkbox"/> \$ 29.50	Vitamina D, 25-Hydroxy, Total Immunoassay <i>Mide la cantidad de vitamin D que su cuerpo está absorbiendo (Mantenimiento de la</i>

**SI USTED ES CONSCIENTE DE ELLO, USTED PUEDE CUIDAR DE EL!**



## VERIFICACION DE DATOS DEL CLIENTE



**Public Health**  
Prevent. Promote. Protect.

<b>CLIENTE #:</b> _____			
<b>Nombre Legal:</b> _____			
<small>Escriba su Apellido</small>		<small>Escriba su Primer Nombre</small>	<small>Inicial del Segundo Nombre</small>
<b>Nombre Preferido:</b> _____			
<b>Género:</b> <b>Femenino</b> <b>Masculino</b>		<b>Fecha de Nacimiento:</b> _____	
<b>Raza:</b> _____		<b>Origen Etnico:</b> _____	<b>Edad:</b> _____
<b>Dirección:</b> _____			
<b>Calle/Ciudad/Código Postal:</b> _____			
<b>No. de Teléfono del Hogar o Cedular:</b> _____			
<b>No. de Teléfono del Trabajo:</b> _____			
<b>Proveeder de su Atención Médica:</b> _____			
<b>GARANTOR (Si es menor de 18 años)</b>			
<b>Nombre del Garantor :</b> _____			
<small>Escriba su Apellido</small>		<small>Escriba su Primer Nombre</small>	<small>Inicial del Segundo Nombre</small>
<b>Dirección:</b> _____		<b>Relación al cliente:</b> _____	
<b>Calle/Ciudad/Código Postal:</b> _____			
<b>No. de Teléfono del Hogar o Cedular:</b> _____		<b>Fecha de Nacimiento:</b> _____	
<b>Teléfono del Trabajo:</b> _____		<b>Seguro Social:</b> _____	
<b>ASEGURANZA</b>			
<b>Nombre del Asegurado:</b> _____		<b>Fecha de Nacimiento:</b> _____	
<small>Escriba su Apellido</small>		<small>Escriba su Primer Nombre</small>	<small>Necesario</small>
<b>Insurance Company: # de Identificación del Asegurado:</b> _____		<b>Seguro Social:</b> _____	
<b>Dirección de la Aseguración:</b> _____		<b>Grupo #:</b> _____	
		<b>Calle/Ciudad/Código Postal:</b> _____	
		<b>Postal:</b> _____	
<p><b>COMENTARIOS:</b> *Reconozco que se me ha ofrecido la oportunidad de leer el Aviso de Privacidad Revisado del Departamento de Salud del Condado de Barton (HIPAA) efectivo a partir del 23 de septiembre de 2013. Estoy de acuerdo en que estoy buscando servicios voluntariamente sin coerción y verifico que no estoy obligado a participar en cualquier programa con el Departamento de Salud del Condado de Barton para recibir servicios. Entiendo que el BCHD participa en el programa Título X y que los menores pueden autorizar servicios de forma independiente. Estoy autorizando al Departamento de Salud del Condado de Barton a presentarles reclamos de reembolso en mi nombre y autorizo la divulgación de los registros necesarios para actuar sobre esta solicitud.</p>			
<b>Firma:</b> _____		<b>Fecha:</b> _____	

CLERICAL ONLY:  
 NN: \_\_\_\_\_  
 Charges: \_\_\_\_\_  
 WebIZ: \_\_\_\_\_

**BARTON COUNTY HEALTH DEPARTMENT**  
 1300 Kansas Ave – Great Bend KS 67530  
 Phone: (620) 793-1902 Fax: (620)793-1903

CLINICAL ONLY:  
 NN: \_\_\_\_\_  
 Charges: \_\_\_\_\_  
 WebIZ: \_\_\_\_\_