



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
☐ \$ 7.50	Conteo Sanguíneo Completo(CBC) <i>Chequea la anemia, Infecciones, o enfermedades</i>
☐ \$ 9.25 **	Perfil Metabolico Integran (Examen en ayunas) <i>Medida de Electrolitos, glucosa, rinon y enzimas del hígado</i>
☐ \$ 6.25 **	Glucosa(Examen en ayunas) <i>Comprueba el azúcar en la sangre</i>
☐ \$ 13.50	Hemoglobina A1C <i>Detección de Diabetes y SIDA en el manejo de la diabetes (niveles de la glucose a largo plazo)</i>
☐ \$ 7.50 **	Paneles de función hepática (Examen en ayunas) <i>Chequea cómo esta funciona el hígado</i>
☐ \$ 21.25	Anticuerpo del virus de la hepatitis C <i>Chequea si usted ha estado expuesto a la Hepatitis C</i>
☐ \$ 21.00	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>
☐ \$ 15.50	Hepatitis B Surface Antibody, Cuantitativo <i>Se utiliza para comprobar la enfermedad</i>
☐ \$ 22.00	HIV 1/2 Antígeno/Anticuerpo <i>Indica si usted ha sido expuesto al VIH</i>
☐ \$ 10.25 **	Panel Lipil (Examen en ayuna) <i>Una medica confinable de Colesterol, Triglicéridos, HDL, LDL</i>
☐ \$ 32.50	Anticuerpo contra el Sarampión(IgG) <i>Indicador si alguna vez ha estado expuesto al sarampión o a la Inmunidad de las vacunas</i>
☐ \$ 27.00	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>
☐ \$ 44.25	Cotina de nicotina, suero <i>Indicador si usted es un fumador o alrededor de la nicotina</i>
☐ \$ 12.00	Estado immune de la rubéola <i>Indicador si alguna vez ha estado expuesto a la Rubéola o la la Inmunidad de las vacunas</i>
☐ \$ 20.50	TSH (Hormona estimulante de la Tiroides) <i>Verifica el cumplimiento de la medicación y también indica problemas de Tiroides</i>
☐ \$ 17.00	T3 Total <i>Mide los sitios de union de hormonas tiroideas disponibles(usualmente los doctores lo ordenan)</i>
☐ \$ 32.75	T4, Free (FT4) <i>Comprueba los autoanticuerpos circulantes (usualmente los doctores lo ordenan)</i>
☐ \$ 21.25	PSA (Antígeno prostático específico) <i>Mide PSA para ayudar en el diagnóstico del Cancer de próstata</i>
☐ \$ 20.50	Anticuerpo de Virus de laVaricella-Zoster (IgG) <i>Indicador si alguna vez ha estado expuesto a la varicella o a la Inmmunidad de las vacunas</i>
☐ \$ 35.00	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.

CLIENTE #: _____			
Nombre Legal: _____			
<small>Escriba su Apellido</small>		<small>Escriba su Primer Nombre</small>	
<small>Inicial del Segundo Nombre</small>			
Nombre Preferido: _____			
Requiere Interprete?	Género:	Femenino	Masculino
			Fecha de Nacimiento: _____
	Raza: _____	Origen Etnico: _____	Edad: _____
Dirección: _____			
Calle/Ciudad/Código Postal: _____			
No. de Teléfono del Hogar o Cedular: _____			
No. de Teléfono del Trabajo: _____			
Proveeder de su Atención Médica: _____			
GARANTOR (Si es menor de 18 años)			
Nombre del Garantor : _____			
<small>Escriba su Apellido</small>		<small>Escriba su Primer Nombre</small>	
<small>Inicial del Segundo Nombre</small>			
Dirección: _____		Relación al cliente: _____	
Calle/Ciudad/Código Postal: _____			
No. de Teléfono del Hogar o Cedular: _____		Fecha de Nacimiento: _____	
Teléfono del Trabajo: _____		Seguro Social: _____	
ASEGURANZA			
Nombre del Asegurado: _____		Fecha de Nacimiento: _____	
<small>Escriba su Apellido</small>		<small>Escriba su Primer Nombre</small>	
		<small>Necesario</small>	
Insurance Company: # de Identificación del Asegurado: _____		Seguro Social: _____	
		Grupo #: _____	
Dirección de la Aseguración: _____		Calle/Ciudad/Código Postal: _____	
		Postal: _____	
COMENTARIOS:	<p>*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>		
Firma: _____	Fecha: _____		

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: _____