

Midland Memorial Hospital, Midland, TX 79701
LA FORMA DE PETICIÓN PARA EL ANÁLISIS – ACESO DIRECTO

Nombre: _____

Fecha: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Ciudad: _____

ANÁLISIS SINGULARES					
		Precio			Precio
√	CBC	\$15	√	Análisis de la Orina de Embarazo	\$15
	Cardíaco (Lípido)	\$25		Tiempo de protrombina parcial (activado)	\$10
	Colesterol Total	\$10		Protombina con INR	\$10
	CK Total	\$10		PSA Total	\$30
	CMP	\$20		Suma de Sedimentación (ESR)	\$10
	Covid-SARS-2 IgG	\$50		T4 Gratuito	\$15
	Covid-SARS-2 Total	\$50		T4 Total	\$15
	CRP	\$10		'Quantiferon, TB Gold'	\$75
	Bilirrubina Directa	\$10		Testosterona Gratuita	\$50
	Examen de Droga, orina (no cadena de custodia)	\$70		Testosterona Total	\$50
	Folato, Sanguíneo	\$25		TSH	\$30
	Glucosa	\$10		Ácido Úrico	\$10
	Hemoglobina A1C	\$20		Análisis de la Orina (conocido como UA)	\$10
	Perfil Hepático	\$15		Vitamina B12	\$25
	Análisis Sanguíneo de Embarazo	\$15		Vitamina D25 OH	\$45
PERFILES					
		Precio			Precio
√	Perfil Diabético: Glucosa, A1C	\$25	√	Perfil Tiroides: T4 Gratuito, TSH	\$40
	Perfil Salud Universal: CBC, CMP	\$30		Perfil de Vitamina Bariátrica: Vitaminas A, K, B1, B6, C, E, D25 OH, B12 y Folato	\$250
	Perfil Saludable: CBC, CMP, T4 Gratuito, TSH, Lípido, UA	\$75			

EL PACIENTE DEBE LEVANTAR TODOS LOS RESULTADOS O SE PUEDEN MANDAR POR FAX AL NÚMERO QUE USTED PIDA. EL PACIENTE TIENE QUE DAR EL NOMBRE DEL MÉDICO Y EL NÚMERO DEL FAX. NOSOTROS NO PODEMOS DECLAR LOS RESULTADOS A CUALQUIER PERSONA APARTE DEL PACIENTE SIN LA AUTORIZACIÓN ESCRITA POR EL PACIENTE AL TIEMPO DE LA COLECCIÓN. (Mire Abajo) LOS RESULTADOS NO SERÁN ENVIADOS POR EL CORREO. SE REQUIERE UNA FOTO DE IDENTIFICACIÓN PARA LEVANTAR LOS RESULTADOS.

La Forma de Noticia y Consentimiento para el Laboratorio de Midland Memorial Hospital

Yo, _____, por este medio doy mi permiso para que se me hagan los análisis de arriba sin el consentimiento de mi médico de cabecera. Yo estoy de acuerdo de pagar en completo el/los análisis al tiempo que se rinda el servicio. Yo entiendo que, si alguno de mis resultados está fuera del margen normal, yo debo buscar consejo y/o tratamiento con mi médico de cabecera. Al firmar este consentimiento, yo entiendo que el laboratorio de MMH está desatado de toda responsabilidad y yo certifico que he recibido la noticia escrita de las Practicas de Privacidad de MMH (HIPPA) en forma de folleto.

La firma del paciente o guardián: _____

FAX AL NÚMERO _____ / _____

(El número del fax DEBE ser alistado al tiempo que se rinda el servicio, los resultados no serán mandados por fax en CUALQUIER tiempo después)

Por favor permita que _____ (imprima el nombre) levante mis resultados.