



**F40-B**  
**Formulario de remisión de muestras (Sept. de 2015)**  
 Núm. CLIA 45D0503753 Núm. CAP 2148801  
 Laboratory Services Section  
 South Texas Laboratory  
 1301 S. Rangerville Road  
 Harlingen, Texas 78552  
 (956) 364-8746  
 FAX: (956) 412-8794

*Ponga aquí la etiqueta del código de barras o de la máquina de direcciones del DSHS*

**Sección 1. DATOS DEL REMITENTE -- (\*\* NECESARIO)**

Núm. de remitente/de TPI **	Nombre del remitente **		
Núm. de NPI **	Dirección		
Ciudad **	Estado **	Código postal **	
Teléfono **		Contacto	
Fax **		Código de la clínica	

**Sección 3. DATOS DEL MÉDICO SOLICITANTE -- (\*\* NECESARIO)**

Núm. de NPI del médico solicitante **	Nombre del médico solicitante **
---------------------------------------	----------------------------------

**Sección 4. FUENTE PAGADORA -- (\*\*NECESARIO)**

- Se realizarán pruebas confirmatorias cuando sea necesario, con cargo a quien corresponda.
- Si el paciente no reúne los requisitos de elegibilidad del programa para la prueba solicitada y no hay una tercera parte que cubra los gastos de las pruebas, **los gastos se facturarán al remitente.**
- Medicare generalmente no paga las pruebas de detección. Por favor refiérase a las normas sobre una Tercera parte pagadora para ver las instrucciones sobre las pruebas con cobertura, las limitaciones de las prestaciones, las determinaciones de necesidad de servicios médicos y los requisitos para el Aviso Anticipado de no Cobertura para el Beneficiario (ABN).
- Si indica Medicaid o Medicare, es necesario el núm. de Medicaid o Medicare. Por favor **escribalo** en el espacio provisto abajo.
- Si indica seguro privado, la información más abajo necesaria para facturación lleva un asterisco (\*).
- Marque solo una casilla** más abajo para indicar si debemos facturar al remitente, a Medicaid, a Medicare, al seguro privado o al Programa del DSHS.

**Sección 2. DATOS DEL PACIENTE -- (\*\* NECESARIO)**

NOTA: El nombre del paciente **ES NECESARIO** en la muestra y **DEBE SER** igual al de este formulario y al de la tarjeta de Medicare/Medicaid.

Apellido **	Primer nombre **	Inicial del 2.o nombre
Dirección **		Número telefónico
Ciudad **	Estado **	Código postal **
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) **		Sexo **
Núm. del Seguro Social	¿Está embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce	
Raza: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indio americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/otra isla del Pacífico	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro:	Origen étnico: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano <input type="checkbox"/> Se desconoce
Fecha de obtención ** (NECESARIO)	Hora de obtención **	Obtenida por
Núm. de expediente médico	Núm. de ID de Extranjero / CUI / CDC	Núm. previo del laboratorio de muestras del DSHS

Medicaid (2)  Medicare (8)

Núm. de Medicaid/Medicare: \_\_\_\_\_

Remitente (3)  Seguro privado (4)

BIDS (1720)  Eliminación de TB (1619)

Subvención para BT (1719)  Título X (12)

HIV / STD (1608)  Título XX (13)

OPC

Otro: \_\_\_\_\_

Código de diagnóstico ICD ** (1)	Código de diagnóstico ICD ** (2)	Código de diagnóstico ICD ** (3)
<input type="checkbox"/> Paciente interno	<input type="checkbox"/> Paciente externo	<input type="checkbox"/> Asociación con el brote: <input type="checkbox"/> Vigilancia

Nombre de la HMO, la compañía de atención administrada o la aseguradora \*

Dirección \*

Fecha de inicio (mm/dd/aaaa)	Diagnóstico / Síntomas	Riesgo
------------------------------	------------------------	--------

Ciudad *	Estado *	Código postal *
----------	----------	-----------------

**Sección 5. FUENTE O TIPO DE MUESTRA -- (NECESARIO para las muestras de Micobacteriología)**

<input type="checkbox"/> Absceso (zona) _____	<input type="checkbox"/> Lesión (zona) _____	<input type="checkbox"/> Frotis de garganta
<input type="checkbox"/> Sangre	<input type="checkbox"/> Nódulo linfático (zona) _____	<input type="checkbox"/> Tejido (zona) _____
<input type="checkbox"/> Médula ósea	<input type="checkbox"/> Nasofaríngea	<input type="checkbox"/> Orina
<input type="checkbox"/> Lavados bronquiales	<input type="checkbox"/> Plasma	<input type="checkbox"/> Vaginal
<input type="checkbox"/> CSF (l. cefalorraquídeo)	<input type="checkbox"/> Frotis rectal	<input type="checkbox"/> Herida (zona) _____
<input type="checkbox"/> Ocular	<input type="checkbox"/> Suero	<input type="checkbox"/> Otro:
<input type="checkbox"/> Heces/evacuación	<input type="checkbox"/> Espujo: inducido	
<input type="checkbox"/> Gástrica	<input type="checkbox"/> Espujo: natural	

Parte responsable (Apellido, Primer nombre) \*

Teléfono de la aseguradora *	Número de ID de seguro de la parte responsable *
Nombre del grupo	Núm. del grupo

"Con mi firma autorizo la divulgación de la información sobre los servicios aquí descritos y asigno toda prestación a la que tengo derecho a la Sección de Servicios de Laboratorio del Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas."  
**Firma del paciente o de la parte responsable.**

**Sección 6. SEROLOGÍA**

<input type="checkbox"/> Detección de sífilis (RPR) (cualitativa)	<input type="checkbox"/> Sífilis, TP-PA •
<input type="checkbox"/> Sífilis (RPR) título (cuantitativa)	• Justificación: _____

Firma \* Fecha \*

**Sección 7. MICOBACTERIOLOGÍA**

<input type="checkbox"/> Cultivo de AFB	<input type="checkbox"/> Identificación de aislados de AFB, por sonda de ADN
<input type="checkbox"/> Solo frotis de AFB	<input type="checkbox"/> Identificación, aislados de derivación, sonda de ADN
<input type="checkbox"/> Concentración de AFB	<input type="checkbox"/> Susceptibilidad con MGIT (cada fármaco)
<input type="checkbox"/> NAAT directa para <i>M. tuberculosis</i>	<input type="checkbox"/> Susceptibilidad con MGIT (cada fármaco) PZA
(Solo muestra respiratoria para diagnóstico)	<input type="checkbox"/> Susceptibilidad convencional (cada fármaco)

**Sección 8. ESTUDIOS MOLECULARES**

PCR, Influenza

▲ NECESARIO para REMOVER los envíos en frío del CONGELADOR/REFRIGERADOR	[FECHA]	HORA
---	---------	------

NOTAS: • = Se requiere justificación si se solicita la TP-PA independientemente de los resultados de la RPR.  
 ▲ = Documento en la casilla inferior a la derecha la hora y la fecha en que las muestras fueron retiradas del CONGELADOR/REFRIGERADOR.  
 ♦ Para ID de cultivo puro y tipos, por favor proporcione las reacciones bioquímicas al dorso del formulario o anexe una copia del documento de bioquímica. Para cada bloque de pruebas (p. ej., Serología) se requiere un formulario para cada muestra por separado. Por favor vea las instrucciones del formulario para conocer los detalles sobre cómo llenar este formulario.

**RESULTADOS DE PRUEBAS DE LABORATORIO - SOLO PARA USO DEL LABORATORIO**

PRUEBA	NO REACTIVA	REACTIVA	TÍTULO
RPR			
TP-PA			

**INSATISFACTORIO:**

<input type="checkbox"/> Se rompió en el correo	<input type="checkbox"/> Se derramó durante el transporte	<input type="checkbox"/> No se recibió ninguna muestra	<input type="checkbox"/> Tiroides
<input type="checkbox"/> Hemolizada	<input type="checkbox"/> Discrepancia de nombre	<input type="checkbox"/> Cantidad insuficiente	<input type="checkbox"/> Por favor remita de nuevo:

**SOLO PARA USO DEL LABORATORIO** Se recibió la muestra:  Temp. ambiente  Frío  Congelada

## Instrucciones para el formulario F40-B de remisión de muestras

Para informarse sobre envíos por correo y embalaje de las muestras, llame por favor al Laboratorio del Sur de Texas al (956) 364-8746.

Un formulario de remisión de muestras *debe* acompañar a cada muestra.

El nombre del paciente listado en la muestra *debe* ser el mismo que el nombre del paciente listado en el formulario. Si no llena el campo "Fecha de obtención" o la fecha es errónea, se rechazará la muestra.

**Ponga aquí la etiqueta del DSHS del código de barras o de la máquina de direcciones:** Ponga la etiqueta del DSHS del código de barras de la muestra, la cual se usará para identificar y ubicar la muestra en el sistema de administración de datos del laboratorio del DSHS. Si está ingresando remotamente, coloque aquí la etiqueta del DSHS del código de barras de la muestra.

Imprima la tarjeta de la máquina de direcciones en este espacio, de ser aplicable.

### **Sección 1. DATOS DEL REMITENTE**

Todos los datos del remitente que son requisitos necesarios llevan doble asterisco (\*\*).

**Núm. de remitente/de TPI, nombre y dirección del remitente:** El número de remitente es un número único que la Sección de Servicios del Laboratorio del Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas (DSHS) asigna a cada uno de nuestros remitentes.

Para solicitar un número de remitente a la Sección de Servicios del Laboratorio del DSHS, o un formulario original, o para cambiar los datos del remitente, por favor llame al (888) 963-7111 x7578 o al (512) 776-7578, o envíe un fax al (512) 776-7533, o visite [http://www.dshs.state.tx.us/lab/mrs\\_forms.shtm#email](http://www.dshs.state.tx.us/lab/mrs_forms.shtm#email).

**Núm. de NPI:** Indique el número de NPI de 10 dígitos del centro. Todos los proveedores de servicios de salud deben usar el número de Identificador de Proveedor Nacional (NPI). Para obtener un número de NPI, comuníquese con el Sistema de Enumeración de Planes y Proveedores Nacionales (NPPES) al (800) 465-3203, o visite su sitio web (en inglés) en <https://nppes.cms.hhs.gov/NPPES/Welcome.do>.

Indique el nombre, la dirección, la ciudad, el estado y el código postal del remitente. Por favor escriba claramente en letra de molde, use una etiqueta preimpresa o use una fotocopia del formulario original proporcionado por la Sección de Servicios de Laboratorio.

**Datos del contacto:** Indique el nombre, el número telefónico y número de fax de la persona a quien se puede contactar en el centro remitente en caso de que el laboratorio necesite información adicional sobre la muestra o el aislado.

**Código de la clínica:** Por favor proporciónelo, de ser aplicable. Se trata de un código que el remitente proporciona para ayudar a identificar cuál oficina satélite remite una muestra y para ayudar al remitente a identificar adónde pertenece el informe de laboratorio, si el remitente tuviese una dirección primaria de correo con oficinas satélite.

### **Sección 2. DATOS DEL PACIENTE**

Llene todos los datos del paciente incluido el apellido, el primer nombre, la inicial del segundo nombre, la dirección, la ciudad, el estado, el código postal, el número telefónico, el país de origen, la

raza, el origen étnico, la fecha de nacimiento, el sexo, el número de la seguridad social, si está embarazada en caso de ser mujer, la fecha de obtención de la muestra, la hora de obtención, quién la obtuvo, el número del expediente médico, los códigos de diagnóstico del ICD y el número previo de la muestra del laboratorio del DSHS.

NOTA: El nombre del paciente listado en la muestra *debe* ser el mismo que el nombre del paciente listado en el formulario.

La información necesaria para facturar a Medicare, Medicaid o una aseguradora privada lleva doble asterisco (\*\*). Se deben llenar los datos de todos estos campos. Puede utilizar una etiqueta de paciente preimpresa. *Para las pruebas de HIV anónimas, indique solo el estado, el código postal, la fecha de nacimiento y el número de ID del paciente.*

**Fecha de nacimiento:** Por favor anote la fecha de nacimiento. Si no proporciona la fecha de nacimiento o esta es errónea, es probable que se rechace la muestra.

**Embarazo:** Si la paciente es una mujer, por favor indique si está o no embarazada, marcando "Sí", "No" o "Se desconoce". El embarazo puede alterar algunos resultados de las pruebas.

**Fecha de obtención, hora de obtención y obtenida por:** Indique la fecha y la hora en que se obtuvo la muestra del paciente. No dé la fecha en que la muestra fue enviada al DSHS. **IMPORTANTE: Si los campos de la fecha de obtención y la hora de obtención de la muestra no se llenan o son erróneos, se rechazará la muestra.**

**Obtenida por:** Indique claramente el nombre del individuo que obtuvo la muestra.

**Núm. de expediente médico/Núm. de ID de extranjero/de CUI/de los CDC.** Proporcione el número de identificación para propósitos de coincidencia de datos. Para la prueba de detección del HIV, ese número podría ser el número de ocho dígitos de los CDC asignado al paciente. La etiqueta adhesiva de los CDC puede colocarse en cualquier lugar de la parte inferior del formulario, siempre y cuando no impida ver alguna de las pruebas solicitadas. El CUI es el número del Identificador Único de la Clínica.

**Código(s) de diagnóstico del ICD:** Indique el o los códigos de diagnóstico que puedan ayudar a procesar, identificar y facturar esta muestra.

**Número previo de la muestra del laboratorio del DSHS:** Si ya se envió con anterioridad una muestra de este paciente al laboratorio del DSHS, por favor proporcione el número de muestra del laboratorio del DSHS.

**Paciente interno o paciente externo (de ser aplicable):** Indique si el paciente está actualmente hospitalizado (este dato es necesario para los pacientes de tuberculosis [TB]).

**La fecha de inicio del brote/de vigilancia, el diagnóstico/los síntomas, y el riesgo (de ser aplicable):** Díganos si la muestra o aislado forma parte de un brote o de un racimo (*cluster*), o si la muestra es para vigilancia de rutina. Si la muestra se está remitiendo debido a un brote, escriba el nombre del brote relacionado junto a la casilla de brote. Si esta forma se está remitiendo para vigilancia de la gripe, es necesaria la siguiente información del paciente: la fecha de inicio, la fecha de obtención de la muestra, el diagnóstico/los síntomas y el riesgo. Las fechas deben anotarse en las casillas de **Fecha de inicio** y **Fecha de obtención**. En la casilla de **Diagnóstico/Síntomas**, anote todos los síntomas de la siguiente lista que sean aplicables: 1) malestar, 2) dolor de garganta, 3) congestión nasal, 4) fiebre, 5) escalofríos, 6) tos, 7) dolor de cabeza, 8) mialgia. En la casilla de **Riesgo**, indique si el paciente recibió en la temporada actual la vacuna contra la gripe y la fecha en que la recibió.

### **Sección 3. DATOS DEL DOCTOR**

**Nombre y número de NPI del doctor solicitante:** Dé el nombre del doctor y el número de NPI del doctor. **Esta información es necesaria para facturar a Medicaid, Medicare y al seguro.**

### **Sección 4. FUENTE PAGADORA**

**SE FACTURARÁ AL REMITENTE** cuando no se proporcione la información necesaria para la facturación, cuando esta sea errónea o cuando se marquen varias casillas de pagador.

**Indique la parte que recibirá la factura, marcando solo una casilla.**

Si marca “Medicaid” o “Medicare”:

- Marque la casilla correspondiente.
- Escriba el número de Medicaid o Medicare.
- Si el nombre del paciente que aparece en el formulario no es el mismo que el de la tarjeta de Medicaid o Medicare, se facturará al remitente.
- Debe proporcionar la fecha de nacimiento y la dirección del paciente.

Si marca “Seguro privado”:

- Marque la casilla correspondiente.
- Llene todos los campos del formulario que lleven un asterisco (\*).
- Si no proporciona los datos del seguro privado en el formulario de la muestra o si estos son erróneos, se facturará al remitente.
- Debe proporcionar la fecha de nacimiento y la dirección del paciente.

Si marca un programa del DSHS:

- Si está contratando o ha recibido la aprobación para un programa del DSHS para proporcionar servicios que requieren pruebas de laboratorio, por favor indique qué programa es. Encontrará la descripción de los programas en el sitio web de la Sección de Servicios del Laboratorio en [http://www.dshs.state.tx.us/lab/prog\\_desc.htm](http://www.dshs.state.tx.us/lab/prog_desc.htm).
- **NO marque un programa del DSHS como fuente pagadora si el paciente tiene Medicaid, Medicare o un seguro privado.**
- Para pruebas anónimas de HIV, se facturará al remitente, a menos que este tenga un contrato vigente con el Programa para HIV/STD y que marque “HIV/STD” como fuente pagadora.
- Para los programas BIDS (Vigilancia de Enfermedades Fronterizas e Infecciosas) y la OPC (Clínica para Pacientes Externos del Centro Estatal de Río Grande-Sistema de Servicios de Salud del Sur de Texas) marque la casilla correspondiente.

**Nombre de la HMO/la compañía de atención administrada/la aseguradora:** Escriba en letra de molde el nombre, la dirección, la ciudad, el estado y el código postal de la compañía aseguradora a la que se facturará. Si no proporciona todos los datos del seguro en el formulario de la muestra, se facturará al remitente. **NOTA:** Los laboratorios del DSHS no pertenecen a la red de proveedores de CHIP ni de CHIP Perinatal. Si indica CHIP o CHIP Perinatal, se facturará al remitente.

**Parte responsable:** Escriba en letra de molde el apellido y primer nombre de la parte responsable, el número identificador del seguro, el número telefónico de la compañía aseguradora, el nombre del grupo y el número del grupo.

**Firma y fecha:** La parte responsable debe firmar y fechar su autorización para la divulgación de la información, si el DSHS ha de facturar al seguro o a la HMO.

### **Sección 5: FUENTE O TIPO DE LA MUESTRA**

**Fuente o tipo de la muestra:** Por favor indique qué tipo de material está enviando o cuál es la fuente de la muestra o aislado.

### **Sección 6: SEROLOGÍA**

**Prueba solicitada:** Marque o especifique la o las pruebas específicas que ha de realizar el Laboratorio del Sur de Texas.

### **SÍFILIS**

**Justificación:** Es necesaria la justificación si se solicita la prueba TP-PA, sin importar cuáles sean los resultados de la RPR. La TP-PA es una prueba de confirmación de sífilis. Si el espacio de la justificación se deja en blanco, de manera automática se realizan pruebas de confirmación adicionales, lo que hará que la factura final aumente.

### **Sección 7: MICOBACTERIOLOGÍA**

**Prueba solicitada:** Marque o especifique la o las pruebas específicas que ha de realizar el Laboratorio del Sur de Texas.

Para el tratamiento de tuberculosis, SE DEBE proporcionar la fuente o el tipo de las muestras usadas para el diagnóstico o el monitoreo de la TB. **NO deje en blanco esta sección.**

### **Sección 8: ESTUDIOS MOLECULARES**

**Prueba solicitada:** Marque o especifique la o las pruebas específicas que ha de realizar el Laboratorio del Sur de Texas.

### **PRUEBAS DE CONFIRMACIÓN Y DE DERIVACIÓN:**

Por favor tome en cuenta que se realizarán procedimientos de pruebas adicionales (esto es, pruebas de confirmación) cuando sea necesario y esté clínicamente indicado según los resultados de las pruebas de laboratorio iniciales. Las pruebas de confirmación se facturarán al pagador apropiado, como cargo agregado a la prueba original solicitada. Esto es particularmente aplicable a las pruebas de microbiología y otras pruebas de laboratorio que requieren una confirmación o un trabajo adicional de diagnóstico.

Todas las pruebas de derivación serán facturadas al remitente al precio actual de laboratorio de derivación, con un cargo añadido por procesamiento.