



**F40-B**  
 Formulario de remisión de muestras (SEP. 2016) Rev. 4  
 # de CLIA 45D0503753 # de CAP 2148801  
 Laboratory Services Section  
 South Texas Laboratory  
 1301 S. Rangerville Road  
 Harlingen, Texas 78552  
 (956) 364-8746  
 FAX: (956) 412-8794

Ponga la etiqueta de código de barra del DSHS/addressograph aquí

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

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

**Sección 3. DATOS DEL DOCTOR SOLICITANTE -- (\*\* REQUERIDO)**

Nombre del doctor solicitante **	
Número NPI del doctor solicitante **	Número UPIN del doctor solicitante

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

NOTA: el nombre del paciente en la muestra SE REQUIERE 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 **	Teléfono			
Ciudad **	Estado **	Código postal **	Pais de origen	
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) **	Edad	Sexo	N.o del Seguro Social	Si es mujer, ¿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/isleño del Pacífico		Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro:		Etnia: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano <input type="checkbox"/> Se desconoce
Fecha de obtención ** (REQUERIDO)	Hora de obtención ** <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.	Obtenida por **		
Núm. de expediente médico	Código diagnóstico ICD **	Núm. previo del laboratorio de muestras del DSHS		
<input type="checkbox"/> Paciente interno	<input type="checkbox"/> Paciente externo	<input type="checkbox"/> Asociación de brote:	<input type="checkbox"/> Vigilancia	

**Sección 4. FUENTE PAGADORA -- (REQUERIDO)**

SE FACTURARÁ AL REMITENTE, si no se proporciona la información requerida o ésta es errónea.

Si indica Medicaid o Medicare, se requiere el número de Medicaid/Medicare. Escríbalo en el espacio provisto a continuación.  
 Si indica seguro privado, la siguiente información de facturación requerida lleva un asterisco (\*).

Marque sólo una casilla abajo para indicar si debemos facturar al remitente, a Medicaid, a Medicare, al seguro privado o al programa del DSHS.

Medicaid  Medicare  
 # de Medicaid/Medicare: \_\_\_\_\_

Remitente  Seguro privado  
 HIV/STD  Título V - Cuidado de Salud y Dental Infantil  
 Refugiados  Título V - Planificación Familiar  
 Eliminación de Tuberculosis  Título V - Cuidado Prenatal  
 TX CLPPP  Título X - Planificación Familiar  
 Otro: \_\_\_\_\_  Título XX - Planificación Familiar

<input type="checkbox"/> URGENTE	<input type="checkbox"/> Rutina	<input checked="" type="checkbox"/> 99000 - Cuota de manejo	<input type="checkbox"/> 36415 - Venopunción
----------------------------------	---------------------------------	---	--

**Sección 7. FUENTE O TIPO DE MUESTRA -- (REQUERIDO para muestras de micobacteriología)**

<input type="checkbox"/> Absceso (zona) _____	<input type="checkbox"/> Gástrica	<input type="checkbox"/> Espudo: natural
<input type="checkbox"/> Sangre	<input type="checkbox"/> Lesión (zona) _____	<input type="checkbox"/> Frotis de garganta
<input type="checkbox"/> Médula ósea	<input checked="" type="checkbox"/> Ganglio linfático (zona) _____	<input type="checkbox"/> Tejido (zona) _____
<input type="checkbox"/> Lavados bronquiales	<input type="checkbox"/> Nasofaríngeo	<input type="checkbox"/> Uretral - sólo GenProbe
<input type="checkbox"/> Cervical - sólo GenProbe	<input type="checkbox"/> Plasma	<input type="checkbox"/> Orina
<input type="checkbox"/> CSF	<input type="checkbox"/> Frotis rectal	<input checked="" type="checkbox"/> Vaginal - sólo GenProbe
<input type="checkbox"/> Ocular	<input type="checkbox"/> Suero	<input type="checkbox"/> Herida (zona) _____
<input type="checkbox"/> Heces/deposición	<input type="checkbox"/> Espudo: inducido	<input type="checkbox"/> Otro: _____

**Sección 8. SEROLOGÍA/GENPROBE**

<input type="checkbox"/> 86592 - Reagínica RPR ♣	<input type="checkbox"/> 87206 - Sólo frotis de AFB
<input type="checkbox"/> 86593 - Titulación RPR	<input type="checkbox"/> 87116, 87206, 87015 - Cultivo, frotis y concentración de AFB
<input type="checkbox"/> 86781 - TP-PA ♣	<input type="checkbox"/> 87149 - Id. AFB por sonda DNA
Justificación:	<input type="checkbox"/> 87188 - Susceptibilidad MGIT (cada fármaco)
<input type="checkbox"/> 87590, 87490 - GC/CT Gen Probe	<input type="checkbox"/> 87190 - Susceptibilidad convencional (cada fármaco)
Tratado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Nombre de la HMO, la compañía de atención dirigida o la aseguradora *		
Dirección *		
Ciudad *	Estado *	Código postal *

Parte responsable *
---------------------

Teléfono de la aseguradora *	Núm. de id. de seguro de la parte responsable *
------------------------------	---

Nombre del grupo	Núm. del grupo
------------------	----------------

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

Firma *	Fecha *
---------	---------

<b>▲ REQUERIDO para envíos en frío</b>	
<b>REMOCIÓN del CONGELADOR/REFRIGERADOR</b>	
<b>FECHA</b>	<b>HORA</b>

NOTAS: ♣ = se realizarán pruebas secundarias a pruebas positivas con cargo adicional, de ser apropiado.  
 • = se realiza la prueba TP-PA si la reagínica RPR es reactiva o cuestionable.  
 • = se requiere justificación si se solicita la TP-PA sin importar los resultados de la reagínica RPR.  
 ▲ = documento en la casilla inferior derecha la hora y fecha en que se removieron del CONGELADOR/REFRIGERADOR las muestras.

**SECCIÓN DE RESULTADOS DE PRUEBAS DE LABORATORIO - SÓLO PARA USO DEL LABORATORIO**

PRUEBA	NO REACTIVA	REACTIVA	TITULACIÓN	PRUEBA	POSITIVA	NEGATIVA
Reagínica RPR				Gonorrea		
TP-PA				Clamidia		

Los resultados de la TP-PA son inconclusos debido a la hemaglutinación no específica en el control de suero.

**INSATISFACTORIO:**

<input type="checkbox"/> Se rompió en el correo postal	<input type="checkbox"/> Se derramó durante el transporte	<input type="checkbox"/> Cantidad insuficiente	<input type="checkbox"/> Dos frotis en el tubo de recogida
<input type="checkbox"/> Hemolizado	<input type="checkbox"/> Discrepancia de nombre	<input type="checkbox"/> Recibido > 7 días después de la obtención	<input type="checkbox"/> Fuente equivocada
<input type="checkbox"/> Se usó el frotis equivocado	<input type="checkbox"/> No se recibió ninguna muestra	<input type="checkbox"/> Tiroides	<input type="checkbox"/> Remita de nuevo:

**SÓLO PARA USO DEL LABORATORIO** Se recibió la muestra:  Temp. ambiente  Frío  Congelado

## Instrucciones del formulario de remisión de muestras F40-B

Para obtener información sobre envíos por correo postal y el embalaje de las muestras, llame 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 rellena el campo "Fecha de obtención", se rechazará la muestra.

**Ponga la etiqueta de código de barra del DSHS/addressograph aquí:** coloque la etiqueta de código de barra de la muestra del DSHS a ser usada para identificar y ubicar la muestra en el sistema de administración de datos del laboratorio del DSHS. Si está ingresando remotamente, coloque la etiqueta de código de barra de la muestra del DSHS aquí.

Imprima la tarjeta addressograph en este espacio, de ser aplicable.

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

Todos los datos del remitente requeridos llevan doble asterisco (\*\*).

**Número de remitente/TPI y nombre y dirección del remitente:** el número de remitente es un número único que la Sección de Servicios de Laboratorio del Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas (DSHS) asigna a cada uno de sus remitentes. Para las muestras de Pasos Sanos de Texas (THSteps), use el número Identificador de proveedor de Texas (TPI) preasignado. Para obtener un número TPI e inscribirse en THSteps, llame a la Asociación de Medicaid y Asistencia Médica de Texas (TMHP) al 1-800-925-9126.

Para solicitar un número de remitente o un formulario original a la Sección de Servicios de Laboratorio del DSHS o para cambiar los datos del remitente, llame al (888) 963-7111, extensión 7578, o al (512) 458-7578, o mande un fax al (512) 458-7533.

**Número NPI:** indique el número NPI de 10 dígitos del centro. Todos los proveedores de salud deben usar el número Identificador de proveedor nacional (NPI). El número NPI es el nuevo identificador estándar nacional para proveedores de salud adoptado por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) de conformidad con la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA) de 1996. Para obtener un número NPI, llame gratis al Sistema Nacional de Enumeración de Planes y Proveedores (NPPES) al (800) 465-3203 o visite su sitio web en <https://nppes.cms.hhs.gov/NPPES/Welcome.do>.

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

**Datos de contacto:** indique el número telefónico, el nombre y el número de fax de la persona a contactar en el centro remitente en caso de que el laboratorio necesite información adicional sobre la muestra.

**Código de la clínica:** proporciónelo, de ser aplicable. Se trata de un código que el remitente provee para ayudarle a éste 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 de correo postal primaria con oficinas satélite.

### **Sección 2. DATOS DEL PACIENTE**

Rellene 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, la etnia, la fecha de nacimiento, la edad, el sexo, el número del Seguro Social, si es mujer si está embarazada, la fecha de obtención, la hora de obtención, quién la obtuvo, el número de expediente médico, el código diagnóstico ICD y el número previo del laboratorio de muestras 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 requerida para facturar a Medicare, Medicaid o un seguro privado lleva doble asterisco (\*\*). Se deben rellenar esos campos. Puede utilizar una etiqueta de paciente preimpresa. *Para las pruebas de HIV anónimas, indique sólo el estado, el código postal, la fecha de nacimiento y el número identificador del paciente.*

**Fecha de nacimiento y edad:** liste tanto la fecha de nacimiento como la edad del paciente. Díganos si la edad es en días, meses o años.

**Si es mujer, ¿está embarazada?:** indique si la paciente está embarazada marcando ya sea "Sí", "No" o "Se desconoce". El embarazo puede afectar los resultados de algunas pruebas.

**Fecha de obtención, hora de obtención y obtenida por:** indique la fecha y hora en que se obtuvo la muestra del paciente y quién obtuvo la muestra. No dé la fecha en que se envió la muestra al DSHS. **IMPORTANTE: si no rellena los campos "Fecha de obtención", "Hora de obtención" y "Obtenida por" se rechazará la muestra.**

**Número de expediente médico:** proporcione el número de identificación para propósitos de comparación.

**Código diagnóstico ICD:** indique el código diagnóstico que ayudaría a procesar, identificar y facturar la muestra.

**Núm. previo del laboratorio de muestras del DSHS:** si se ha remitido una muestra de este paciente anteriormente al laboratorio del DSHS, proporcione el número del laboratorio de muestras del DSHS.

**Paciente interno o paciente externo (de ser aplicable):** indique si el paciente está hospitalizado actualmente (requerido para pacientes tuberculosos).

**Brote/vigilancia (de ser aplicable):** díganos si la muestra o el aislamiento son parte de un brote o grupo, o si la muestra es de vigilancia rutinaria. Si se está remitiendo la muestra debido a un brote, escriba el nombre asociado del brote al lado de la casilla de brote.

**Sección 3. DATOS DEL DOCTOR**

**Nombre, número NPI y UPIN del doctor solicitante:** dé el nombre del doctor y el número NPI del doctor. También liste el número identificador único del doctor (UPIN), de ser aplicable. A partir de febrero de 2007, ya no se emitirán números UPIN. El número NPI del doctor reemplazará al UPIN. **Se requiere esta información para facturar a Medicaid, Medicare y al seguro.**

**Sección 4. FUENTE PAGADORA**

**SE FACTURARÁ AL REMITENTE,** si no se proporciona la información de facturación requerida, si ésta es errónea o si se marcan múltiples casillas de pagador.

**Indique la parte a recibir la factura, marcando sólo una casilla.**

Si marca "Medicaid" o "Medicare":

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

Si marca "Seguro privado":

- Marque la casilla correspondiente.
- Rellene todos los campos del formulario que lleven asterisco (\*).
- Si no proporciona los datos del seguro privado en el formulario de la muestra o si éstos son erróneos, se facturará al remitente.

Si marca un programa del DSHS:

- Si está contratado por un programa del DSHS o está inscrito en él para proporcionar servicios que requieren pruebas de laboratorio, indique qué programa es. Encontrará la descripción de los programas en el Manual de servicios de consulta de la Sección de Servicios de Laboratorio en el sitio web [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 cuenta con Medicaid, Medicare o seguro.**
- Para el Título V, marque "Planificación Familiar", "Cuidado de Salud y Dental Infantil" o "Cuidado Prenatal".
- Si no existe otra fuente pagadora del paciente y el paciente reúne los criterios de participación del programa, marque el programa del DSHS correspondiente.
- Para pruebas anónimas de HIV/STD, marque "HIV/STD" como la fuente pagadora. No se requieren las secciones "Nombre de la HMO, la compañía de atención dirigida o la aseguradora", "Parte responsable", "Firma" ni "Fecha".
- Para los programas BIDS (Vigilancia de Enfermedades Fronterizas e Infecciosas), EIP (Programa de Infecciones Emergentes) y ELC (Capacidad Epidemiológica y de Laboratorio), marque la casilla "Otro" y liste el nombre del programa en el espacio provisto.

**Nombre de la HMO, la compañía de atención dirigida o la aseguradora:** ponga en letra de molde el nombre, la dirección, la ciudad, el estado y el código postal de la aseguradora a la que facturar. 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:** ponga en letra de molde el nombre de la parte responsable, el número identificador del seguro, el número telefónico de la aseguradora, el nombre del grupo y el número del grupo.

**Firma y fecha:** haga que la parte responsable firme y feche para autorizar la revelación de los datos de la misma, si DSHS ha de facturar al seguro o a la HMO de la misma.

**Sección 5. PRIORIDAD DE LA MUESTRA**

Indique la prioridad de la prueba que ha de realizar el Laboratorio del Sur de Texas.

**Sección 6. MISCELÁNEO**

*SÓLO PARA USO DEL PERSONAL DEL STL.* No la rellene.

**Sección 7: FUENTE O TIPO DE MUESTRA**

**Fuente o tipo de muestra:** indique el tipo de material que remite o la fuente de la muestra o el aislamiento.

**Sección 8: SEROLOGÍA/GENPROBE:**

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

**GC/CT GENPROBE**

**Fuente:** provea la fuente de la muestra –(cervical, uretral o vaginal). SÓLO se aceptan frotis uretrales masculinos y endocervicales.

**SÍFILIS**

**Justificación:** se requiere justificación si se solicita la prueba TP-PA sin importar los resultados de la reagínica RPR. La TP-PA es una prueba de confirmación de sífilis. Si se deja la justificación en blanco, se harán pruebas secundarias adicionales, lo que hará que la factura final aumente.

**Sección 9: MICOBACTERIOLOGÍA**

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

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