



Reconocimiento de la interpretación de resultados de pruebas de laboratorio y recepción de aviso de prácticas de privacidad

Recolección SOLAMENTE:

- ☐ Extracción/kit de procedimiento (\$40)
- ☐ Venopunción (\$15)

Prueba (no es necesario incluir la recolección):

- | | |
|---|--|
| ☐ Tipo de sangre ABO/Rh 86900/86901 (\$20) | ☐ Insulina 83525(\$30) |
| ☐ Anti-TPO 86376 (\$30) | ☐ Hierro 83540 (\$10) |
| ☐ Amilasa en sangre 82150 (\$20) | ☐ Fijación del hierro 83550 (\$15) |
| ☐ CA 125 86304 (\$50) | ☐ Hormona luteinizante 83002 (\$30) |
| ☐ CEA 82378 (\$50) | ☐ Prueba de lipasa 83690 (\$20) |
| ☐ Hemograma completo 85025 (\$15) | ☐ Panel de lípidos 80061 (\$25) |
| ☐ Panel metabólico completo 80053 (\$25) | ☐ Magnesio 83735 (\$10) |
| ☐ Cortisol 82533 (\$30) | ☐ Prolactina 84146 (\$30) |
| ☐ Creatina fosfoquinasa 82550 (\$10) | ☐ Hormona paratiroidea (PTH) 83970 (\$40) |
| ☐ PCR 86140 (\$15) | ☐ Progesterona 84144 (\$30) |
| ☐ DHEA-S 82627 (\$30) | ☐ Antígeno prostático específico 84153 (\$30) |
| ☐ VSG 85652 (\$10) | |
| ☐ Estradiol 82670 \$30 | ☐ Prueba de factor reumatoideo |
| ☐ Glucemia en ayunas 82947 (\$10) | ☐ Globulina Fijadora de Hormonas Sexuales (SHBG) 84270 (\$30) |
| ☐ Ferritina 82728 (\$20) | ☐ La sífilis 86780 (\$40) |
| ☐ Folato 82746 (\$30) | ☐ Testosterona, total 84403 (\$30) |
| ☐ Prueba de T3 libre 84481 (\$30) | ☐ Hormona estimulante de la tiroides 84443 (\$25) |
| ☐ Prueba de T4 libre 84439 (\$15) | ☐ Ácido úrico 84550 (\$10) |
| ☐ Hormona foliculoestimulante 83001 (\$30) | ☐ Uroanálisis 81001 (\$10) |
| ☐ GCH cuantitativo 84702 (\$30) | ☐ Vitamina B12 82607 (\$30) |
| ☐ Prueba de embarazo en sangre 84703 (\$20) | ☐ Vitamina D 82306 (\$25) |
| ☐ Hemoglobina A1C 83036 (\$20) | |
| ☐ Prueba de anticuerpos contra la hepatitis C 86803 (\$40) | |
| ☐ VIH 87389 (\$40) | |
| ☐ Antígeno de superficie de la hepatitis B 83525 (40) | |

Por la presente solicito que se me realicen las pruebas/exámenes de laboratorio seleccionados anteriormente. Entiendo que yo tengo la responsabilidad de iniciar un examen de seguimiento para interpretar o confirmar cualquiera de los resultados y obtener asesoramiento y tratamiento y no es la responsabilidad de mi médico o de Orange City Area Health System. Entiendo que el pago de las pruebas debe realizarse antes de las pruebas y que Orange City Area Health System Acceso Directo no presentará ningún reclamo por estos analices a mi seguro,

Medicare, Medicaid o cualquier otro pagador externo. También entiendo que los resultados estarán disponibles en MySanford Chart, pero no serán revisados por un médico a menos que yo lo inicie.

Entiendo que los datos derivados de esta prueba no son concluyentes. Las pruebas pueden variar según la edad, el sexo, la hora del día en que se toma la muestra, la dieta, los medicamentos y los límites de la tecnología moderna. Al evaluar mi salud, se debe considerar mi historial médico completo: las pruebas de laboratorio son solo una parte de la evaluación. Además, las pruebas de laboratorio identifican solo ciertos indicadores de salud discretos y de ninguna manera sustituyen un examen físico regular y completo realizado por mi médico personal. Me doy cuenta de que un resultado normal no garantiza que no necesite atención médica; Del mismo modo, un resultado anormal puede no ser necesariamente anormal para mí: mi historial médico completo debe ser considerado por un médico. Además, es posible que se produzcan resultados falsos positivos y falsos negativos.

Si no me siento bien, entiendo que Orange City Area Health System recomienda que consulte a un médico de inmediato. Por la presente libero a Orange City Area Health System, a sus empresas matrices y afiliadas, y a sus funcionarios, directores y empleados, de toda responsabilidad que surja o esté relacionada de alguna manera con mi falta de seguimiento con un médico con respecto a la interpretación de los resultados de las pruebas o para el tratamiento del asesoramiento. Por la presente reconozco que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad. El Aviso describe cómo se puede usar o divulgar mi información de salud y describe mis derechos con respecto a dicha información. Entiendo que debo leerlo detenidamente. Soy consciente de que el Aviso puede cambiar en cualquier momento. Puedo obtener una copia revisada del Aviso visitando <https://ochealthsystem.org/privacy/>.

Nombre impreso del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Firma del paciente

Fecha _____

* Como representante de la persona mencionada anteriormente, reconozco que tengo una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad en su nombre.

* Firma _____ Fecha _____

Aviso de Prácticas de Privacidad: ☐ Copia rechazada ☐ Copia recibida

Reconocimiento de interpretación de los resultados de las pruebas de laboratorio y copia del aviso de privacidad Prácticas: ☐ Copia rechazada ☐ Copia recibida

Firma del personal _____ Fecha _____

Monto total pagado \$ _____