**Reconocimiento de la interpretación de resultados de pruebas de laboratorio y recepción de Aviso de Prácticas de Privacidad**

Orange City Area Health System
INTEGRITY • INNOVATION • INSPIRATION

Recolección:

- ☐ Extracción/Kit de procedimiento ($25)
- ☐ Venopunción ($15)

Pruebas:

- ☐ Tipo de sangre ABO/Rh ($20)
- ☐ Hemograma completo ($15)
- ☐ Panel metabólico completo ($25)
- ☐ PCR ($15)
- ☐ Estradiol $30
- ☐ Glucemia en ayunas ($10)
- ☐ Ferritina ($20)
- ☐ Hierro ($10)
- ☐ Prueba de HCG ($20)
- ☐ Folato ($30)
- ☐ Hemoglobina A1C ($20)
- ☐ Insulina ($30)
- ☐ Panel de lípidos ($25)
- ☐ Magnesio ($10)
- ☐ Progesterona ($30)
- ☐ Antígeno prostático específico ($30)
- ☐ Fijación del hierro ($15)
- ☐ Testosterona, total ($30)
- ☐ Hormona estimulante de la tiroides ($25)
- ☐ Ácido úrico ($10)
- ☐ Vitamina B12 ($30)
- ☐ Vitamina D ($25)
- ☐ Prueba de tiroxina (T4) ($15)
- ☐ CPK ($10)
- ☐ Cuantificación de HCG ($30)

**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 $_____