



Barton County Health Dept  
 1300 Kansas Ave Great  
 Bend KS 67530  
 (620)793-1902



**Public Health**  
 Prevent. Promote. Protect.

Número de Cliente: \_\_\_\_\_

## Formulario de Consentimiento de Laboratorio

Yo, \_\_\_\_\_ entiendo que es mi responsabilidad dar seguimiento con un médico de cualquier resultado de los laboratorios que me estoy realizando por medio del Departamento de Salud del Condado de Barton. Quiero liberar al Departamento de Salud del Condado de Barton y a todos su agentes, empleados o trabajadores de cualquier responsabilidad por mi falta de seguimiento médico en los resultados que recibiré, así como de cualquier complicación que pueda surgir de tener la venipuntura (extracción de sangre) realizada. La prueba que he pedido se realizará por Laboratorio Quest. Los resultados serán enviados al Departamento de Salud del Condado de Barton y El Departamento de Salud del Condado de Barton me enviará los resultados en 10 o 14 días.

En Caso de una **emergencia de salud**, Yo autorizo al Departamento de Salud del Condado de Barton contactar a:

\_\_\_\_\_  
 Nombre de Contacto de Emergencia

\_\_\_\_\_  
 Número de Teléfono

\_\_\_\_\_  
 Firma del Cliente

\_\_\_\_\_  
 Fecha

**Por favor liste los laboratorios que desea recibir el día de hoy**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## SERVICIOS DE LABORATORIO DE VIDA SANA



**\$10.00 DE CARGO  
POR VISITA**

COST	LABORATORY TEST
☐ \$ 7.50	Conteo Sanguíneo Completo(CBC) <i>Chequea la anemia, Infecciones, o enfermedades</i>
☐ \$ 8.50	** <b>Perfil Metabólico Integran (Examen en ayunas)</b> <i>Medida de Electrolitos, glucosa, riñón y enzimas del hígado</i>
☐ \$ 6.25	** <b>Glucosa(Examen en ayunas)</b> <i>Comprueba el azúcar en la sangre</i>
☐ \$ 12.75	Hemoglobina A1C <i>Detección de Diabetes y SIDA en el manejo de la diabetes (niveles de la glucose a largo plazo)</i>
☐ \$ 7.50	** <b>Paneles de función hepática (Examen en ayunas)</b> <i>Chequea cómo esta funciona el hígado</i>
☐ \$ 20.00	Anticuerpo del virus de la hepatitis C <i>Chequea si usted ha estado expuesto a la Hepatitis C</i>
☐ \$ 18.00	Anticuerpo superficial de la Hepatitis B, Quantitative <i>Se utiliza para ver si usted tiene alguna inmunidad a la Hepatitis B o Inmunidad de la Vacuna</i>
☐ \$ 12.75	Hepatitis B Surface Antibody, Cuantitativo <i>Se utiliza para comprobar la enfermedad</i>
☐ \$ 19.00	HIV 1/2 Antígeno/Anticuerpo <i>Indica si usted ha sido expuesto al VIH</i>
☐ \$ 9.50	** <b>Panel Lipil (Examen en ayuna)</b> <i>Una medica confinable de Colesterol, Triglicéridos, HDL, LDL</i>
☐ \$ 28.50	Anticuerpo contra el Sarampión(IgG) <i>Indicador si alguna vez ha estado expuesto al sarampión o a la Inmunidad de las vacunas</i>
☐ \$ 24.25	Anticuerpo del virus de las paperas(IgG) <i>Indicador si alguna vez ha estado expuesto a las paperas o a la Inmunidad de las vacunas</i>
☐ \$ 35.75	Cotina de nicotina, suero <i>Indicador si usted es un fumador o alrededor de la nicotina</i>
☐ \$ 10.50	Estado immune de la rubéola <i>Indicador si alguna vez ha estado expuesto a la Rubéola o la la Inmunidad de las vacunas</i>
☐ \$ 19.00	TSH (Hormona estimulante de la Tiroides) <i>Verifica el cumplimiento de la medicación y también indica problemas de Tiroides</i>
☐ \$ 16.75	T3 Total <i>Mide los sitios de union de hormonas tiroideas disponibles(usualmente los doctores lo ordenan)</i>
☐ \$ 30.50	T4, Free (FT4) <i>Comprueba los autoanticuerpos circulantes (usualmente los doctores lo ordenan)</i>
☐ \$ 19.00	PSA (Antígeno prostático específico) <i>Mide PSA para ayudar en el diagnóstico del Cancer de próstata</i>
☐ \$ 19.00	Anticuerpo de Virus de laVaricella-Zoster (IgG) <i>Indicador si alguna vez ha estado expuesto a la varicella o a la Inmunidad de las vacunas</i>
☐ \$ 29.50	Vitamina D, 25-Hydroxy, Total Immunoassay <i>Mide la cantidad de vitamin D que su cuerpo está absorbiendo (Mantenimiento de la</i>

**SI USTED ES CONSCIENTE DE ELLO, USTED PUEDE CUIDAR DE EL!**



# VERIFICACION DE DATOS DEL CLIENTE



**Public Health**  
Prevent. Promote. Protect.

**CLIENTE #:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Cliente:** \_\_\_\_\_

*Escriba su Apellido*

*Escriba su Primer Nombre*

*Inicial del Segundo Nombre*

**Género:** **Femenino**  **Masculino**

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Raza:** \_\_\_\_\_

**Edad:** \_\_\_\_\_

**Origen Etnico:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Calle/Ciudad/Código Postal:** \_\_\_\_\_

**No. de Teléfono del Hogar o Cedular:** \_\_\_\_\_

**No. de Teléfono del Trabajo:** \_\_\_\_\_  
**Proveedor de su Atención Médica:** \_\_\_\_\_

## GARANTOR (Si es menor de 18 años)

**Nombre del Garantor :** \_\_\_\_\_

*Escriba su Apellido*

*Escriba su Primer Nombre*

*Inicial del Segundo Nombre*

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Calle/Ciudad/Código Postal:** \_\_\_\_\_

**No. de Teléfono del Hogar o Cedular:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**No. de Teléfono del Trabajo:** \_\_\_\_\_

**Edad:** \_\_\_\_\_

**Seguro Social:** \_\_\_\_\_

## ASEGURANZA

**Nombre del Asegurado:** \_\_\_\_\_

*Escriba su Apellido*

*Escriba su Primer Nombre*

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

*Necesario*

**Insurance Company: # de Identificación del Asegurado:** \_\_\_\_\_

**Seguro Social:** \_\_\_\_\_

**Dirección de la Aseguración:** \_\_\_\_\_

**Grupo #:** \_\_\_\_\_  
**Calle/Ciudad/Código Postal:** \_\_\_\_\_

**Postal:** \_\_\_\_\_

**COMENTARIOS:**

\*Reconozco que se me ha ofrecido la oportunidad de leer el Aviso de Privacidad Revisado del Departamento de Salud del Condado de Barton (HIPAA) efectivo a partir del 23 de septiembre de 2013. Estoy de acuerdo en que estoy buscando servicios voluntariamente sin coerción y verifico que no estoy obligado a participar en cualquier programa con el Departamento de Salud del Condado de Barton para recibir servicios. Entiendo que el BCHD participa en el programa Título X y que los menores pueden autorizar servicios de forma independiente. Estoy autorizando al Departamento de Salud del Condado de Barton a presentarles reclamos de reembolso en mi nombre y autorizo la divulgación de los registros necesarios para actuar sobre esta solicitud.

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

CLERICAL ONLY:

NN: \_\_\_\_\_

Charges: \_\_\_\_\_

WebIZ: \_\_\_\_\_

**BARTON COUNTY HEALTH DEPARTMENT**

1300 Kansas Ave – Great Bend KS 67530

Phone: (620) 793-1902 Fax: (620)793-1903

CLINICAL ONLY:

NN: \_\_\_\_\_

Charges: \_\_\_\_\_

WebIZ: \_\_\_\_\_