



Patient Identification Label	
Name	_____
MRN	_____
DOB	_____
Date of service	_____

Consentimiento de acceso directo de análisis

Consentimiento para tratamiento/pago/recepción de resultados

Esto es para certificar que consiento y autorizo a Gunnison Valley Health/Gunnison Valley Hospital (colectivamente, "Hospital") a recolectar mi sangre y/u orina para el análisis de la marcada Prueba de Acceso Directo. Las Pruebas de Acceso Directo ("DAT") son pruebas iniciadas por el paciente que no requieren la orden de un médico. Autorizo al Hospital a comunicarme los resultados a través del método indicado en este formulario. Al realizar la prueba iniciada por el paciente, entiendo que el Hospital no actúa como mi médico, que esto no sustituye el tratamiento por un médico y que asumo la responsabilidad completa y plena de tomar las medidas apropiadas en relación con los resultados de la prueba, hasta e incluyendo la consulta con un médico. Con respecto a esto, no responsabilizo ni responsabilizaré al Hospital por los resultados de mis pruebas y los eximo a ellos y a sus afiliados de cualquier responsabilidad. **Estoy de acuerdo en que buscaré consejo médico, atención y tratamiento de mi fuente habitual de atención médica si tengo preguntas o preocupaciones, si tengo algún síntoma de enfermedad o si me enfermo.** Entiendo que el proceso de venopunción implica un pequeño riesgo médico y puede producir hematomas alrededor de la zona de la que se extrae la sangre. En caso de pinchazo accidental de la aguja al miembro del personal del Hospital implicado en el proceso de extracción de sangre, doy mi consentimiento para que se realice cualquier análisis de sangre rutinario que se considere necesario para la seguridad del flebotomista. Al igual que con las pruebas de laboratorio de cualquier naturaleza, existe la posibilidad de que los valores de laboratorio sean falsamente elevados, bajos, positivos o negativos.

Acepto asumir toda la responsabilidad fiscal de las pruebas solicitadas y entiendo que se requiere el pago antes de la recolección de muestras. Entiendo que las DAT que estoy solicitando en el formulario adjunto no serán facturadas a terceros por el Hospital y que mis resultados no serán enviados a un médico o proveedor de atención médica, aunque los resultados estarán disponibles para su revisión en mi expediente médico y en el portal del paciente. Algunos proveedores podrán acceder a los resultados electrónicamente a través de QHN.

Entiendo que el costo de DAT puede aumentar en el futuro sin previo aviso. Comprendo que los seguros médicos no suelen cubrir el costo de DAT y, por lo general, no reembolsarán estos gastos ni los aplicarán a una franquicia cuando no hayan sido ordenados por un médico. Acepto toda la responsabilidad de preguntar a mi aseguradora al respecto.

Por favor, seleccione el método que prefiere para recibir sus resultados:

- Acceder a los resultados a través del Portal del Paciente
- Completar el formulario de solicitud de historial médico (970) 641-7257 o enviar un correo electrónico a:
mr@gvh-colorado.org

Nombre del paciente (letra impresa) _____

Fecha de nacimiento _____

Firma del paciente o de su representante legal (si es menor de 18 años) _____

Número de teléfono para resultados de laboratorio urgentes/críticos _____

Relación con el paciente _____

Fecha _____ Hora _____



Patient Identification Label	
Name _____	_____
MRN _____	_____
DOB _____	_____
Date of service _____	_____

Pruebas disponibles y precios

	Descripción de prueba	CPT	Precio	Instrucciones
<input type="checkbox"/>	ABO	86900	\$38	
<input type="checkbox"/>	ABO Rh	86900, 86901	\$60	
<input type="checkbox"/>	CBC sin diferencial manual - Recuento sanguíneo completo	85025	\$30	
<input type="checkbox"/>	CMP – Panel metabólico completo	80053	\$43	
<input type="checkbox"/>	CRP – C- Proteína C reactiva	86140	\$25	
<input type="checkbox"/>	Estradiol	82670	\$64	
<input type="checkbox"/>	Ferritina (Ferritin)	82728	\$42	
<input type="checkbox"/>	Folato (Folate)	82746	\$44	Ayuno requerido
<input type="checkbox"/>	FSH – Hormona foliculoestimulante	83001	\$55	
<input type="checkbox"/>	T3 Libre	84481	\$55	
<input type="checkbox"/>	T4 Libre	88839	\$40	
<input type="checkbox"/>	Hepatitis C Ab	86803	\$45	
<input type="checkbox"/>	HGB A1C	83036	\$38	
<input type="checkbox"/>	Hierro (Iron)	83540	\$31	
<input type="checkbox"/>	Hierro y TIBC (Iron and TIBC)	83540, 83550	\$57	
<input type="checkbox"/>	LDL- Lipoproteína de baja densidad	83721	\$27	Ayuno requerido
<input type="checkbox"/>	Panel lipídico (colesterol, triglicéridos, lipoproteínas de alta densidad) (Lipid Panel)	80061	\$39	Ayuno requerido
<input type="checkbox"/>	Magnesio (Magnesium)	83735	\$28	
<input type="checkbox"/>	Embarazo, SUERO (Pregnancy, serum)	84703	\$20	
<input type="checkbox"/>	Embarazo, orina (Pregnancy, urine)	84703	\$20	
<input type="checkbox"/>	Progesterona (Progesterone)	84144	\$45	
<input type="checkbox"/>	Rh	86901	\$22	
<input type="checkbox"/>	Testosterona, Total, Biodisponible y Libre (Testosterone, Total, Bioavailable and Free)	84402, 84403, 84410	\$80	
<input type="checkbox"/>	Testosterona, libre y total (Testosterone, Free and Total)	84402, 84403	\$65	
<input type="checkbox"/>	Anticuerpos Tiroperoxidasa (Thyropoxidase Antibodies)	86376	\$40	
<input type="checkbox"/>	TSH - Hormona estimulante del tiroides	84443	\$39	
<input type="checkbox"/>	Análisis de orina sin microscopio (Urinalysis w/out microscopic)	81001	\$25	
<input type="checkbox"/>	Vitamina B-12	82607	\$43	
<input type="checkbox"/>	Vitamina D – 25-Hiroxi Vitamina D	82306	\$58	