



Texas Department of State Health Services

F40-B
Formulario de remisión de muestras (Feb. 2020) Rev. 5

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 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

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 checked="" type="checkbox"/> Se desconoce	
Raza:		Etnia:			
<input type="checkbox"/> Blanco		<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano		<input type="checkbox"/> Hispano	
<input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska		<input type="checkbox"/> Asiático		<input type="checkbox"/> No hispano	
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/isleño del Pacífico		<input type="checkbox"/> Otro:		<input type="checkbox"/> Se desconoce	
Fecha de obtención ** (REQUERIDO)	Hora de obtención **		Obtenida por **		
		<input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.			
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 5. PRIORIDAD DE LA MUESTRA

URGENTE Rutina 99000 - Cuota de manejo 36415 - Venopunción

Sección 6. MISCELÁNEO (sólo para uso del laboratorio)

Parte responsable *

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. MICOBACTERIOLOGÍA

87206 - Sólo frotis de AFB

87116, 87206, 87015 - Cultivo, frotis y concentración de AFB

87149 - Id. AFB por sonda DNA

87188 - Susceptibilidad MGIT (cada fármaco)

87190 - Susceptibilidad convencional (cada fármaco)

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

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 *

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

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.
- **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: 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.*