

**Programa de Prueba de Suero Materno AFP/hCG/uE<sub>3</sub>/DIA**

Sección de Medicina Genética  
Wake Forest University Health Sciences  
Medical Center Blvd.  
Winston-Salem, NC 27157-1080  
Teléfono (336) 713-7530  
Fax (336) 713-7577

**FAVOR DE IMPRIMIR**

Pt. Chart No. \_\_\_\_\_

WFUSM No. \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL PACIENTE:** APELLIDO(S) \_\_\_\_\_ NOMBRE \_\_\_\_\_ SEGUNDO NOMBRE \_\_\_\_\_

<b>NÚM. SEG. SOC.:</b> _____ - _____ - _____ DIRECCIÓN POSTAL _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____ TELÉFONO DE LA CASA ( ) _____ TELÉFONO DEL TRABAJO ( ) _____ <b>FECHA DE NACIMIENTO</b> / / EDAD _____ <b>RAZA:</b> <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indio Americano / Alaskeño <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático / Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro ¿Existe alguien en SU familia o en la familia de su pareja que tenga un DEFECTO DE TUBO NEURAL (espalda abierta, cráneo abierto)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Si acaso "sí", cuál es el parentesco con esa persona y cuál es el defecto? _____ _____ <input type="checkbox"/> No fuma <input type="checkbox"/> Fuma _____ # de cigarrillos al día		<b>TO BE COMPLETED BY HEALTH CARE PROVIDER</b> <b>PATIENT'S WEIGHT</b> _____ lbs. <b>DATE SAMPLE WAS DRAWN</b> / / PHYSICIAN'S NAME (FIRST, LAST) _____ <b>WFUSM USE ONLY</b> CLINIC NAME _____ PHONE NUMBER ( ) _____ <input type="checkbox"/> 1st Sample <input type="checkbox"/> 2nd Sample <input type="checkbox"/> 3rd Sample Please Provide Only ONE Gestational Dating / / LMP / / EDD / / LMP by ultrasound / / EDD by ultrasound / / EDD by exam Is this patient an insulin dependent diabetic?..... <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Is this a known twin pregnancy? ..... <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No By submitting a sample, you are ordering a quad marker screen for open neural tube defects, Down syndrome and Trisomy 18. If you require only a single marker (AFP only) screen, please explain: _____ _____	
--	--	---	--

Se me ha informado del propósito para sacarme sangre y analizarla para prueba de suero materno. Entiendo que esta prueba de sangre no identificará a todos los bebés con una anomalía de tubo neural o síndrome de Down. Entiendo que una prueba positiva no necesariamente significa que mi bebé tiene una anomalía de tubo neural o síndrome de Down y que una prueba positiva requiere de otras pruebas antes de poder hacer un diagnóstico. También entiendo que esta prueba no identificará toda anomalía de cromosomas, defectos de nacimiento, y/o otras formas de retardación mental. Autorizo al personal del Programa de Prueba de MSAFP/hCG/uE<sub>3</sub>/DIA a revisar y copiar mi expediente médico para la documentación de resultados y para información sobre el resultado de un embarazo, si es necesario.

**X** \_\_\_\_\_ FIRMA DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE CUENTA DEL GARANTE – Dónde Enviar Cuenta, Persona Responsable por la Factura**

APELLIDO DEL GARANTE	PRIMER NOMBRE	INICIAL DE SEGUNDO NOMBRE	TELÉFONO DE LA CASA ( ) _____
DIRECCIÓN CALLE	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
EMPLEADOR DEL GARANTE	TELÉFONO DEL TRABAJO ( ) _____		

**INFORMACIÓN DE CUBRIMIENTO DE SEGURO DEL PACIENTE**

NÚM. DE IDENT. DE PACIENTE RECIPIENTE DE MEDICAID	NÚMERO DE "CAROLINA ACCESS"	NÚMERO DEL PROVEEDOR	VÁLIDO DESDE / / HASTA / /
SEGURO GRUPAL QUE CUBRE AL PACIENTE	NÚM. DE IDENT. DEL SUSCRITO	GRUPO NÚM.	
DIRECCIÓN DÓNDE ENVIAR RECLAMACIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
NOMBRE DEL RETENEDOR DE LA PÓLIZA – SUSCRITO	FECHA DE VIGENCIA / /	FECHA DE EXPIRACIÓN / /	PARENTEZCO CON PACIENTE
RECLAMACIÓN DE MEDICARE NÚM.	SEGURO DE HOSPITAL <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	FECHA DE VIGENCIA / /	NÚM. MÉDICO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Autorizo a cualquier portador de información médica u otra sobre mí a divulgarle a mi portador de seguro, la administración de finanzas de atención de salud o sus intermediarios o portadores, cualquier información necesaria para ésta o alguna reclamación relacionada. Doy permiso para que una copia de esta autorización sea usada en vez del original y pido que se haga pago a mi nombre de beneficios de seguro autorizados a Wake Forest University Physicians o a mí mismo si la asignación no es aceptada.

**X** \_\_\_\_\_ FIRMA DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_