



## FORMULARIO PARA EXAMEN BIOQUIMICO

Centro Gendiagnostik, S. A.  
David, Chiriquí, Panamá  
Avenida Central y Calle Central  
Apartado postal: 0426-01262  
Directora: Oriana I. Batista C., *M.Sc., Dr.rer.nat.*  
Telefax: (507) 774-2871  
Sitio web: [www.centrodiagnosticogenetico.com](http://www.centrodiagnosticogenetico.com)  
Email: [obatista@centrodiagnosticogenetico.com](mailto:obatista@centrodiagnosticogenetico.com)

### PARA USO DEL LABORATORIO

Fecha de recepción: \_\_\_\_\_  
Pedigrí #: \_\_\_\_\_  
Tipo de muestra: \_\_\_\_\_  
ID: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino  Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Primero Segundo Apellido

HOSPITAL/ I.D. # PACIENTE: \_\_\_\_\_ Compañero: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ SS #: \_\_\_\_\_  
Ciudad Provincia País

### REFERENCIA DEL PROVEEDOR

NOMBRE: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

### REFERENCIA DEL LABORATORIO (si es diferente)

NOMBRE: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN CLÍNICA: \* Por favor incluya la información adicional.

Etnia:  Judío asquenazí  Francés canadiense  Caucásico  Americano africano  Asiático  Hispánico  
 Judío sefardita  Armenio  Turco  Mediterráneo  Árabe  Otros

Propósito del estudio (todo lo que se aplica)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombres de familiares que se han realizado prueba con nosotros: \_\_\_\_\_

Nombres de mutaciones probadas (si se conocen en la familia): \_\_\_\_\_

### TIPO DE MUESTRA

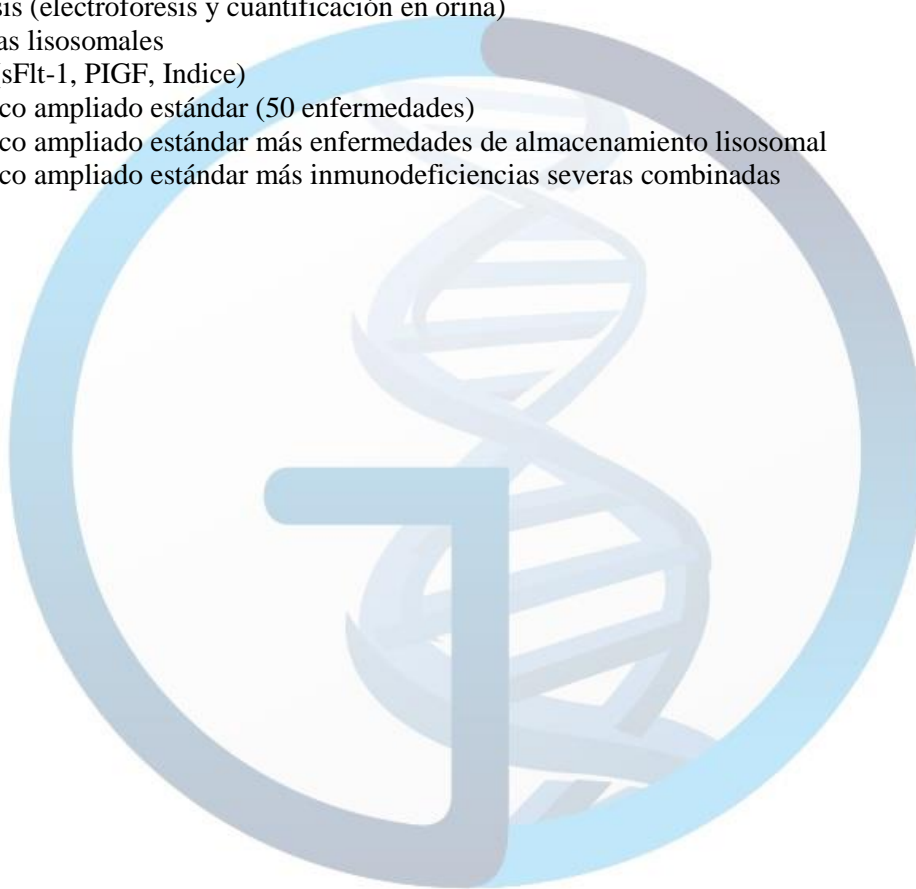
El tipo de muestra difiere de acuerdo al examen. Favor llamar a atención al cliente para informarle el tipo de muestra y los requerimientos de las mismas



CENTRO GENDIAGNOSTIK

**PRUEBA (S) BIOQUIMICA (S) SOLICITADA (S): (Verificar todo lo que se aplica) Fecha de colecta de la muestra: \_\_\_\_\_**

- Acilcarnitinas en plasma. Perfil de
- Aminoácidos en plasma
- Condrodistrofia rizomélica punctata
- Espondilitis anquilosante (Citometría de flujo inmunológico) (HLA-B27)
- Fabry actividad enzimática de alfa galactosidasa. Enfermedad de (GLA).
- Fabry Globotriaosylceramida. Enfermedad de (GLA)
- Fibrosis quística
- Fragmentación ADN espermatozoide
- Mucopolisacaridosis cuantitativa
- Mucopolisacaridosis (electroforesis y cuantificación en orina)
- Panel de 13 enzimas lisosomales
- Preeclampsia test (sFlt-1, PlGF, Índice)
- Tamizaje metabólico ampliado estándar (50 enfermedades)
- Tamizaje metabólico ampliado estándar más enfermedades de almacenamiento lisosomal
- Tamizaje metabólico ampliado estándar más inmunodeficiencias severas combinadas
- Otros disponibles





## INFORMACION DE FACTURACIÓN:

Centro Gendiagnostik se compromete a realizar un análisis bioquímico utilizando las muestras enviadas por la persona solicitante. Esta última asegura que todas las muestras enviadas fueron tomadas con el consentimiento de las personas involucradas o bien de sus representantes legales con el fin de la realización de un análisis bioquímico o afín.

El monto de la factura correspondiente debe ser pagado directamente en Gendiagnostik o por transferencia bancaria, simultáneamente, con el envío de la solicitud formal a la empresa Centro Gendiagnostik, S.A y la muestra de sangre. El paciente acepta que es responsable de cubrir la cancelación de esta solicitud, sino cuenta con una entidad aseguradora. Si existe una entidad aseguradora u otra que cubra el monto de la solicitud la misma deberá notificarlo y pagar también con anticipación.

Cancelación del servicio por:

Lab./Hospital

Seguro

Paciente

Firma del solicitante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

Número de seguro social: \_\_\_\_\_ No de Solicitud \_\_\_\_\_

Acuerdo de Beneficiario: Centro Gendiagnostik me ha notificado que el seguro de enfermedad probablemente negará el pago de los servicios identificados arriba. Por tal razón, si el seguro de enfermedad no cancela, yo me hago responsable de cubrir los gastos.

Firma del beneficiario: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

SS del beneficiario: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**\*\* Información de facturación y copia de tarjeta de seguro si aplica debe ser acompañada de muestra y formulario de requisición \*\***

### Para transferencia en Panamá:

**Banco General, David**

**Nombre: Centro Gendiagnostik, S.A.**

**Cuenta No: 0330010469799**

### Para transferencias desde otros países

**Banco intermediario: CITIBANK NEW YORK, N.Y.**

**SWIFT: CITIUS33**

**ABA: 021000089**

**Banco beneficiario: BANCO GENERAL, S.A. - PANAMA**

**SWIFT: BAGEPAPA**

**Beneficiario, recipiente: CENTRO-GENDIAGNOSTIK, S.A.**

**Cuenta No: 0330010469799**