



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
Email: 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): _____

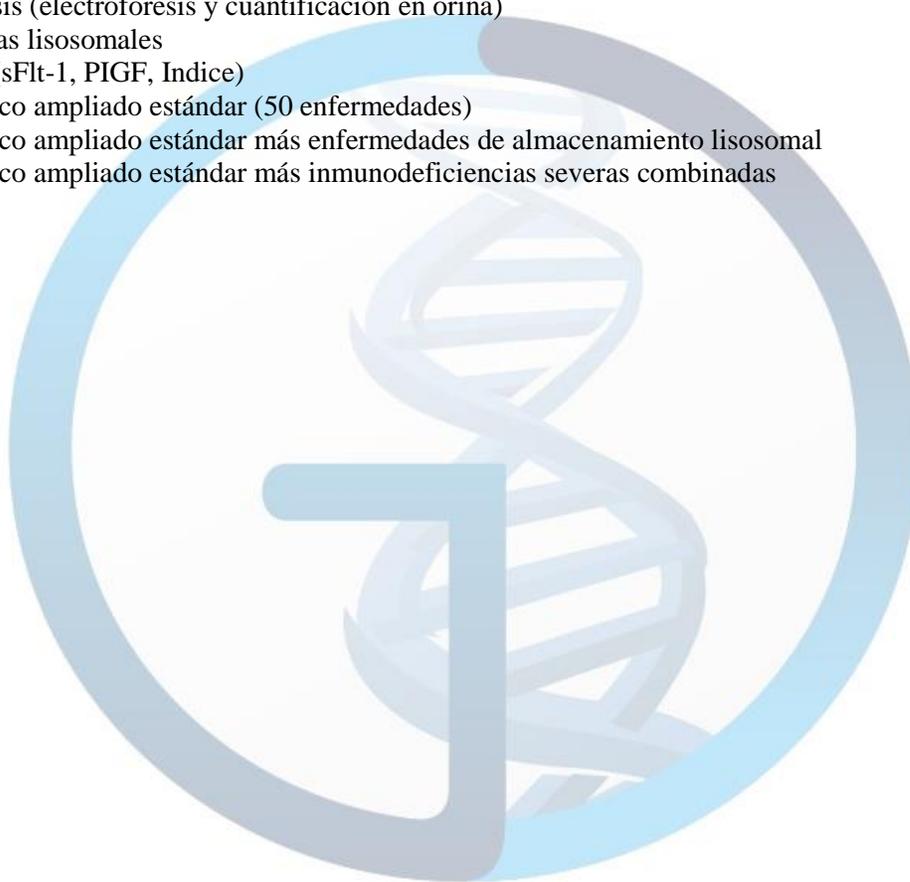
TIPO DE MUESTRA

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



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