

FORMULARIO PARA ESTUDIO CITOGENÉTICO

Centro Gendiagnostik, S. A. David, Chiriquí, Panamá Avenida Central, Calle Central Apartado postal: 0426-01262

Directora: Oriana I. Batista C., Dr.rer.nat., M.Sc.

Telefax: (507) 774-2871

Sitio web: www.centrodiagnosticogenetico.com Email: obatista@centrodiagnosticogenetico.com

PARA USO DEL LABORATORIO	
Fecha de recepción:	
Tipo de muestra:	
Hora:	
P/ID:	

NOMBRE DEL PACIENTE:Primero	Segundo Apellido	□ Masculino □ Femenino □ Fecha de nacimiento:
HOSPITAL/ I.D. # PACIENTE:		Compañero:
DIRECCIÓN:		Teléfono:
		SS #:
Ciudad Provincia	País	
REFERENCIA DEL PROVEEDOR		REFERENCIA DEL LABORATORIO (si es diferente)
NOMBRE:		NOMBRE:
DIRECCIÓN:		DIRECCIÓN:
Teléfono: Fax: _		Teléfono: Fax:
□ Sangre (rutina)	□ Sangre (hem/onc) □ Tumor	☐ Tejido fetal -tipo:
□ Sangre (rutina)□ Médula ósea	□ Tumor	
TIPO DE MUESTRA: Sangre (rutina) Médula ósea DIAGNOSIS CLINICA/ ESPECIFIC	□ Tumor	□ Otro (especifique):
□ Sangre (rutina) □ Médula ósea DIAGNOSIS CLINICA/ ESPECIFIC	□ Tumor	□ Otro (especifique): ESTUDIO CROMOSOMICO REQUERIDO □ Rutina □ Leucemia
□ Sangre (rutina) □ Médula ósea DIAGNOSIS CLINICA/ ESPECIFIC	Tumor QUE	□ Otro (especifique):



INFORMACION DE FACTURACIÓN:

Cancelación del servicio por:

Centro Gendiagnostik se compromete a que el análisis citogenético sea realizado por personal idóneo 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 citogenético.

El monto de la factura correspondiente debe ser pagado directamente en centro Gendiagnostik o por transferencia bancaria, simultáneamente, con el envío de la solicitud formal y la muestra de sangre a nuestro centro. 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.

C

□ Lab./Hospital	□ Seguro	□ Paciente
Firma del solicitante	Fecha	
Nombre del Paciente:	Fecha de nacimient	to:
Número de seguro social:	No de Solicitud	
Acuerdo de Beneficiario: Centro Gendiagnostik me de los servicios identificados arriba. Por tal razón, los gastos.	•	1
Firma del beneficiario:	Fecha:	
SS del beneficiario:	Fecha de nacim	niento:
** Información de facturación y copia de tarjeta de se	guro si anlica debe ser, acomp	añada de muestra y formulario de requisición **

Cuenta Bancaria

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

Apdo. postal: 0426-01262

Ministerio de Economía y Finanzas Licencia No 2006-1037. Tipo A Ministerio de Comercio e Industrias

RUC: 985230-1-533029