

Análisis con laboratorios de referencia

- Bacterias y virus intestinales- PCR
- BIO-ITS (*Chlamydia*, *Mycoplasma*, *Neisseria*, *Ureoplasma*, *Trichomonas*, *Herpes*)
- *Clostridium difficile* B- PCR
- COBAS- VPH- 15 genotipos de alto riesgo
- *Giardia lamblia*, *Cryptosporidium*, *Entamoeba* –PCR
- *Helicobacter pylori* en heces PCR
- *Herpes simplex virus* PCR
- *Herpes virus* tipo 6 PCR
- *Herpes virus* tipo 8 PCR
- *Influenza A y B*, PCR
- Panel Bacterias Enterobac (*Clostridium difficile* B, *Salmonella Ser. (Grupensis, Newport, Enteriditis, Typhimurium, Kentucky, Heidelberg)*, *Aeromonas spp.*, *Shigella (boydii, sonnei, dysenteriae, flexneri)*, *Echerichia coli (Enteropatogénica O6:H1, Enterotoxigénica)*, *Proteus vulgaris*, *Citrobacter freundii*, *Serratia marcescens*, *Vibrio vulnificus*, *Campylobacter spp. Campylobacter jejuni, Campylobacter coli, Shiga-toxin E. coli (STEC), Vibrio parahemolyticus, Vibrio cholerae, Arcobacter butzleri, Helicobacter (cineadi, pullorum, pylori), Yersinia enterocolítica, Norovirus, Rotavirus, Astrovirus, Adenovirus*)
- Panel de candidas (*C. albicans, C.glabrata, C. parapsilosis. C. krusei, C. tropicalis, C. guilliermondii, C. dubliniensis*)
- Panel viral Enterpex
- Panel viral PCR (*CMV, Herpes, Rubeola, Toxoplasma, EBV*)
- STI-panel BAC/VIRUS/PARA/HONG (*Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, Mycoplasma hominis, Mycoplasma genitalum, Ureoplasma urealyticum, Ureoplasma parvum, Trichomonas vaginalis, Treponema pallidum, Haemophilus ducreyi, Herpes virus tipos I y II*)
- *Streptococo Grupo B* PCR
- VPH 35 genotipos –PCR
- *Virus sincital respiratorio*
- *Virus sincital respiratorio* molecular
- Otros disponibles



INFORMACION DE FACTURACIÓN:

Centro Gendiagnostik se compromete a realizar una identificación del patógeno en el nivel de ADN 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 de ADN o afín.

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 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 con el 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

