



Laboratory Self-Referral/Health Screen Testing Order Form

Rice Medical Center offers a limited number of self-referral/health screen laboratory tests to the community. These tests do not require a physician order but must be paid in full at the time of service. Self-referral tests cannot be billed to insurance or used to apply towards insurance deductibles. If a physician is not provided and your test values are critically low or high, we will notify our Nurse Practitioner of the values. The NP will contact you to make sure that you take necessary steps for your health and safety. Physicians cannot request add-on tests to these specimens without the patient approving by returning to the facility and paying in advance for them. The laboratory staff cannot by law interpret results, other than providing normal ranges. If you have questions about your results, you must contact a physician to interpret the results for you.

Please complete the fields below to order your self-referral/health screen test(s).

Date: _____ Patient Phone: () _____ - _____

Patient Name: _____ (printed)

Patient SSN: _____ - _____ - _____ Patient DOB: _____

Patient Address: _____

Patient Signature: _____

Please mark on the test(s) you would like below:

_____ \$10 Cholesterol

_____ \$50 Liver Enzymes (HFP)

_____ \$5 Glucose

_____ \$79 Comprehensive Metabolic Panel (CMP)

_____ \$15 Triglyceride

_____ \$35 HgbA1c (Glycohemoglobin)

_____ \$25 Lipid Panel

_____ \$33 CBC w/auto differential

_____ \$58 Basic Metabolic Panel (BMP)

_____ \$10 TSH

_____ \$30 Prostate Specific Antigen (PSA)

Total _____

If you would like a copy of your results to be sent to your physician, please provide the following information:

Physician Name: _____ Fax Number: _____



Formulario de Orden de Auto-Referencia de Laboratorio/Pruebas de Detección de Salud

Rice Medical Center ofrece a la comunidad un número limitado de pruebas de laboratorio de auto-referencia/evaluación de salud. Estas pruebas no requieren una orden médica, pero deben pagarse en su totalidad en el momento del servicio. Las pruebas de autorreferencia no se pueden facturar al seguro ni se pueden usar para aplicar a los deducibles del seguro. Si no se proporciona un médico y los valores de sus pruebas son críticamente bajos o altos, notificaremos a nuestra enfermera practicante de los valores. El NP se comunicará con usted para asegurarse de que tome las medidas necesarias para su salud y seguridad. Los médicos no pueden solicitar pruebas adicionales a estas muestras sin que el paciente lo apruebe regresando al centro y pagando por adelantado por ellas. El personal del laboratorio no puede, por ley, interpretar los resultados, aparte de proporcionar rangos normales. Si tiene preguntas sobre sus resultados, debe comunicarse con un médico para que interprete los resultados por usted.

Complete los campos a continuación para solicitar su(s) prueba(s) de autorreferencia/evaluación de salud.

Fecha: _____ Teléfono del paciente: (____) _____ - _____

Nombre del paciente: _____ (en letra de imprenta)

Número de Seguro Social del paciente: _____ - _____ - _____ Fecha de nacimiento del paciente: _____

Dirección del paciente:

Firma del paciente: _____

Marque en la(s) prueba(s) que desea a continuación:

_____ \$10 Colesterol

_____ \$50 Enzimas hepáticas (HFP)

_____ \$5 Glucosa

_____ \$79 Panel metabólico completo (CMP)

_____ \$15 Triglicéridos

_____ \$35 HgbA1c (Glicohemoglobina)

_____ \$25 Panel lipídico

_____ \$33 CBC con diferencial automático

_____ \$58 Panel Metabólico Básico (BMP)

_____ \$10 TSH

_____ \$30 Antígeno prostático específico (PSA)

Total _____

Si desea que se le envíe una copia de sus resultados a su médico, proporcione la siguiente información:

Nombre del médico: _____ Número de fax: _____