

La información contenida en **ROJO** se requiere para procesar la muestra.

## Información del Paciente Por favor escribir claramente.

Primer nombre		Apellido		<input type="checkbox"/> Masculino	
				<input type="checkbox"/> Femenino	
Dirección		Ciudad	Estado	Código Postal	
País	Teléfono	Fecha de nacimiento	Edad	Peso	

Nuestro laboratorio no acepta muestras de pacientes que residen en o los médicos que ejercen en el estado de Nueva York.

## Persona Responsable por Cargos (Si es distinto)

Primer nombre		Apellido			
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal	
País	Teléfono	Celular			
E-mail					

## Información de Médico (Requerido si paciente está dentro de EE.UU)

Primer nombre		Apellido		Credenciales	
Institución					
Dirección		Ciudad	Estado	Código Postal	
País	Teléfono	Fax			
E-mail					
NPI	Firma del Medico	ICD-9 Códigos para seguro			

## Método de Pago e Información de Seguro Medico

<input type="checkbox"/> <b>Cobrar Seguro (No Contratado)</b> – Debe incluir el 20% de pago inicial Ver lista de precios adjunta cantidad debida y seleccione el tipo de pago a continuación. <input type="checkbox"/> <b>Cobrar Seguro (Contratado)</b> <input type="checkbox"/> <b>Pagar por:</b> <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Money Order <input type="checkbox"/> PayPal <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> MasterCard <input type="checkbox"/> American Express <input type="checkbox"/> Discover Total: \$ _____ Tarjeta de crédito#: _____ Fecha de Ex.: _____ Código de Seguridad: _____ Nombre en Tarjeta: _____ Firma: _____	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vea la Descripción General del Seguro en la página 3 para determinar si su seguro se considera contratado o no contratado.</li> <li>Medicare/Medicare Advantage deberá llenar el formulario "Advance Beneficiary Notice of Noncoverage (ABN)".</li> </ul>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Cobrar Médico** – Nombre de Médico:

Seguro Primario (Incluir fotocopia de ambos lados de la tarjeta de seguro)			Seguro Secundario (Incluir fotocopia de ambos lados de la tarjeta de seguro)		
Empresa y Nombre de Plan (ex. BCBS of Kansas City)			Empresa y Nombre de Plan (ex. BCBS of Kansas City)		
Dirección:			Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono de Seguro: (obligatorio)			Teléfono de Seguro: (obligatorio)		
Nombre del Asegurado:			Nombre del Asegurado:		
Fecha de nacimiento del asegurado:	Relación con paciente: <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro		Fecha de nacimiento del asegurado:	Relación con paciente: <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro	
Suscriptor:	Grupo:		Suscriptor:	Grupo:	

Autorizo y solicito el pago de las prestaciones médicas directamente al Laboratorio Great Plains para el trabajo de laboratorio que se solicita en este formulario. Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar este reclamo. Entiendo que cualquier cheque de reembolso y explicación de beneficios (EOB) recibidos por el paciente deben ser presentadas a el Laboratorio Great Plains. Estoy de acuerdo en ser personalmente responsable por cualquier parte del total no cubierto por mi seguro y me comprometo a efectuar dicho pago dentro de los 30 días. Un cargo por servicio del 1,5% por mes se puede cobrar en los saldos de más de 30 días. Yo permito que una copia de este formulario puede ser utilizado en lugar de la original.

**Firma de padre/responsable:** \_\_\_\_\_ **Fecha(MM/DD/AAAA):** \_\_\_\_\_

Internal Use Only: O \_\_\_ A \_\_\_ DE \_\_\_ C \_\_\_ Carevoyant # \_\_\_ F \_\_\_ M \_\_\_ E \_\_\_ I \_\_\_ DR \_\_\_

La información contenida en **ROJO** se requiere para procesar la muestra.

## Información de Colección de Muestra

Fecha de colecta/ Date of collection: ____ / ____ / ____	Hora de colecta: Mañana/ Morning _____ Tarde/ Afternoon _____ Noche/ Night _____
-------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------

Se congelo la muestra/ Was it frozen?  Si/yes  No

<b>Mujeres/ Women</b>	Fecha de último periodo/ Date of last period: ____ / ____ / ____	Obligatorio si paciente es femenino. ¿Cual aplica? <input type="checkbox"/> HISTERECTOMÍA <input type="checkbox"/> OVARIOS EXTRAIDOS
-----------------------	---------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## Examen Solicitado

Panel Completo de Hormonas Plus- Estrona, Estradiol, Estriol, Progesterona, Testosterona, DHEA, Cortisol

Panel Completo de Hormonas- Estradiol, Progesterona, DHEA, Cortisol

Panel Competo de Hormonas Corto- Estradiol, Progesterona, Testosterona, DHEA, Cortisol

Las muestras deben ser recibidas dentro de los 9 días de Colección (Vea las Instrucciones)

## Cuestionario de Síntomas / Symptoms

Indique las síntomas que esta experimentando como 0 (ninguno), 1 (leve), 2 (moderada), 3 (Severo).  
Por ejemplo, si usted esta moderadamente ansioso (a) usted indicaria esto ennegreciendo el 2 al lado de ansioso. EJ. 0 1 ● 3

### Todos

Dificultad para concentrarse Difficulty concentrating	0 1 2 3	Preocupación excesiva Excess Worry	0 1 2 3	Estreñimiento Constipation	0 1 2 3	Colesterol Alto High Cholesterol	0 1 2 3
Aumentando de falta de memoria. Increased Forgetfulness	0 1 2 3	Dificultad para dormirse Difficulty Falling Asleep	0 1 2 3	Bocio Goiter	0 1 2 3	Aumento de Peso- cintura Weight Gain-Waist	0 1 2 3
Pensamiento Nublado Foggy Thinking	0 1 2 3	Dificultad para estar despierto Difficulty Staying Asleep	0 1 2 3	Temperatura corporal fría Cold Body Temperature	0 1 2 3	Triglicéridos Elevados Elevated Triglycerides	0 1 2 3
Lloroso Tearful	0 1 2 3	Resistencia disminuida Decreased Stamina	0 1 2 3	Carraspera Hoarseness	0 1 2 3	Libido disminuido Decreased Libido	0 1 2 3
Deprimido Depressed	0 1 2 3	Motivación disminuida Diminished Motivation	0 1 2 3	Cabello seco o quebradizo Hair Dry or Brittle	0 1 2 3	Disminución masa muscular Decreased Muscle Mass	0 1 2 3
Cambios de animo Mood Swings	0 1 2 3	Fibromialgia Fibromyalgia	0 1 2 3	Uñas quebradizas Nails Breaking or brittle	0 1 2 3	Flexibilidad disminuida Decreased Flexibility	0 1 2 3
Retención de líquidos Fluid Retention / Bloating	0 1 2 3	Zumbido Ringing in Ears	0 1 2 3	Pulso lento Slow Pulse Rate	0 1 2 3	Agotamiento Burned Out Feeling	0 1 2 3
Extremidades Frías Cold Extremities	0 1 2 3	Alergias Allergies	0 1 2 3	Ritmo cardiaco acelerado Rapid Heartbeat	0 1 2 3	Músculos doloridos Sore Muscles	0 1 2 3
Estrés Stress	0 1 2 3	Dolores de cabeza/ Migrañas Headaches/Migraines	0 1 2 3	Palpitaciones Heart Fluttering / Palpitations	0 1 2 3	Aumento de dolor en articulaciones Increased Joint Pain	0 1 2 3
Ansiedad Anxious	0 1 2 3	Mareos Dizzy Spells	0 1 2 3	Incontinencia Incontinence	0 1 2 3	Dolor de espalda o cuello Neck or Back Pain	0 1 2 3
Irritable Irritable	0 1 2 3	Antojos de Azúcar Sugar Cravings	0 1 2 3	Sofocos Hot Flashes	0 1 2 3	Perdida ósea Bone Loss	0 1 2 3
Nervioso Nervous	0 1 2 3	Comportamiento Adictivo Addictive Behavior	0 1 2 3	Sudores nocturnas Night Sweats	0 1 2 3	Adelgazamiento de piel Thinning Skin	0 1 2 3
Disminución de agudeza mental Decreased Mental Sharpness	0 1 2 3	Pobre control de impulsos Poor Impulse Control	0 1 2 3	Problemas de infertilidad Infertility Problems	0 1 2 3	Envejecimiento rápido Rapid Aging	0 1 2 3
Fatiga mañanera Morning Fatigue	0 1 2 3	Comportamientos obsesivos Obsessive Behaviors (OCD)	0 1 2 3	Acné Acne	0 1 2 3	Dolores Aches and Pains	0 1 2 3
Fatiga por la tarde Afternoon Fatigue	0 1 2 3	Antojo de alimentos, alcohol, tabaco u otro Craving Food Alcohol, Tobacco or Other	0 1 2 3	Perdida de Pelo Scalp Hair Loss	0 1 2 3	Sind. de intestino irritable IBS	0 1 2 3
Fatiga nocturna Evening Fatigue	0 1 2 3			Aumento de peso-caderas Weight Gain-Hips	0 1 2 3	Altura (pulgadas) _____ Peso /Weight (lbs.) _____	

Mujeres solamente- Obligatorio		Men Only - Required if Patient is Male	
Sequedad Vaginal Vaginal Dryness	0 1 2 3	Sensibilidad de senos Tender Breasts	0 1 2 3
Periodos irregulares Irregular Periods	0 1 2 3	Senos fibroquísticos Fibrocystic Breasts	0 1 2 3
Fibromas uterinos Uterine Fibroids	0 1 2 3	Aumento de vello facial/corporal Increased Facial / Body Hair	0 1 2 3
Ultima menstruación _____ / _____ / _____		Disminución del flujo urinario Decreased Urine Flow	0 1 2 3
		Aumento de la necesidad de orinar Increased Urinary Urge	0 1 2 3
		Problemas de próstata Prostate Problems	0 1 2 3
		Disminución de erecciones Decreased Erections	0 1 2 3

## Uso de Hormonas

Mencione todas las hormonas que ha usado en los últimos dos meses. (vea ejemplo)

Si no ha usado ninguna, marque aquí:

Terapia de Hormonas	Ejemplo	1	2	3	4
Nombre de Hormona	Testosterona				
Marca o fuente	Compounded				
Método de aplicación	Tópica				
Cantidad (mg)	1 mg				
Fecha y hora Ultima vez que se uso antes de tomar la muestra.	MM / DD / YY 8 : 30 <input checked="" type="radio"/> AM <input type="radio"/> PM	___ / ___ / ___ ___ : ___ AM PM	___ / ___ / ___ ___ : ___ AM PM	___ / ___ / ___ ___ : ___ AM PM	___ / ___ / ___ ___ : ___ AM PM
Frecuencia	Una vez al día/todos los días				
¿Por cuando tiempo?	10 meses				

¿Usa alguien en su hogar hormonas tópicas?  Yes  No  
COMENTARIOS: (Por favor no use hojas de papel adicionales)

### Lista de Comprobación antes de enviar muestras (s):

Formulario de solicitud de examen (Todos la información en rojo es obligatoria)

- Códigos ICD-9 de seguro
- Firma de medico
- Firma de paciente/ responsable

Fotocopia de tarjeta de seguro (ambos lados)

GPL es requerido por ley a proteger la privacidad de su información de salud. La política de privacidad completa se puede encontrar en línea en [www.gpl4u.com/privacy](http://www.gpl4u.com/privacy)

Podemos utilizar sus datos de prueba para fines de investigación sin utilizar información de identificación?  Si  No

If yes, please fill the boxes below as applicable to this patient.

- |                                    |                                              |                                              |                                                |                                                        |                                               |
|------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD  | <input type="checkbox"/> Síntomas Autísticos | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn | <input type="checkbox"/> Fibromialgia          | <input type="checkbox"/> Trastorno Obsesivo Compulsivo | <input type="checkbox"/> Esquizofrenia        |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Fatiga Crónica      | <input type="checkbox"/> Depresión           | <input type="checkbox"/> Trastornos Digestivos | <input type="checkbox"/> PDD                           | <input type="checkbox"/> Síndrome de Tourette |
| <input type="checkbox"/> Asperger  | <input type="checkbox"/> Colitis (Diarrea)   | <input type="checkbox"/> Síndrome de Down    | <input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple   | <input type="checkbox"/> Psicosis                      | <input type="checkbox"/> Síndrome de Tics     |

Otro/ Other : \_\_\_\_\_

Marque aquí si no desea recibir correos futuros y actualizaciones de investigación del Laboratorio Great Plains, Inc.

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**A. Notificante:**

**B. Nombre del paciente:**

**C. Número de identificación:**

## Notificación previa de NO-cobertura al beneficiario (ABN)

NOTA: Si Medicare no paga D. \_\_\_\_\_ a continuación, usted deberá pagar.

Medicare no paga todo, incluso ciertos servicios que, según usted o su médico, están justificados. Preveamos que Medicare no pagará D. \_\_\_\_\_ a continuación.

D.	E. Razón por la que no está cubierto por Medicare:	F. Costo estimado
Ácidos Grasos Completos (Comprehensive Fatty Acids Test)	Medicare no cubre las pruebas experimentales o de investigación.	\$299.00
Evaluación Completa de Heces (Comprehensive Stool Analysis: Lysozyme, Short Chain Fatty Acids, Secretory IgA, Occult Blood)	Medicare nunca cubre estos exámenes.	\$94.44
Péptidos de gluten y caseína (Gluten/Casein Peptides Test)	Medicare no cubre las pruebas experimentales o de investigación.	\$119.00
Examen Básico de Alergias Alimentarias IgE (IgE Food Allergy Basic Test)	Medicare no considera que estas pruebas sean médicamente necesarias.	\$379.00
Examen Avanzado de Alergias Alimentarias IgE (IgE Food Allergy Advanced Test)	Medicare no considera que estas pruebas sean médicamente necesarias.	\$579.00
Examen Básico de Alergias Respiratorias IgE (IgE Inhalant Allergy Basic Test)	Medicare no considera que estas pruebas sean médicamente necesarias.	\$379.00
Examen Avanzado de Alergias Respiratorias IgE (IgE Inhalant Allergy Advanced Test)	Medicare no considera que estas pruebas sean médicamente necesarias.	\$449.00
Examen de Alergias Alimentarias IgG + Candida (IgG Food Allergy Test w/ <i>Candida</i> )	Medicare no considera que estas pruebas sean médicamente necesarias.	\$325.00
Examen de Criptopirrole (Kryptopyrrole Test)	Medicare no cubre las pruebas experimentales o de investigación.	\$129.00
Metales- Heces (Metals Fecal Test)	Medicare no cubre las pruebas experimentales o de investigación.	\$245.00
Metales- Pelo (Metals Hair Test)	Medicare no cubre las pruebas experimentales o de investigación.	\$245.00
Metales- Globulos Rojos (Metals Red Blood Cell Test)	Medicare no cubre las pruebas experimentales o de investigación.	\$345.00
Metales- Orina (Metals Urine Test)	Medicare no cubre las pruebas experimentales o de investigación.	\$299.00
Metales- Sangre (Metals Whole Blood Test)	Medicare no cubre las pruebas experimentales o de investigación.	\$305.00
Ácidos orgánicos+ Examen de Alergias Alimentarias IgG + Candida (OAT + IgG Food Allergy Test w/ <i>Candida</i> Combo )	Medicare cubre la prueba de ácidos orgánicos, pero no cubre el combo.	\$699.00
Vitamina D (Vitamin D Test)	Medicare no cubre esta prueba para mi condición.	\$99.00

### Lo que usted necesita hacer ahora:

- Lea la presente notificación, de manera que pueda tomar una decisión fundamentada sobre la atención que recibe.
- Háganos toda pregunta que pueda tener después de que termine de leer.
- Escoja una opción a continuación sobre si desea recibir D. \_\_\_\_\_ mencionado anteriormente.

Nota: Si escoge la opción 1 ó 2, podemos ayudarlo a usar cualquier otro seguro que tal vez tenga, pero Medicare no puede exigirnos que lo hagamos.

**G. OPCIONES: Sírvase marcar un recuadro solamente. No podemos escoger un recuadro por usted.**

**OPCIÓN 1.** Quiero **D.** \_\_\_\_\_ mencionado anteriormente. Puede cobrarme ahora, pero también deseo que se cobre a Medicare a fin de que se expida una decisión oficial sobre el pago, la cual se me enviará en el Resumen de Medicare (MSN). Entiendo que si Medicare no paga, soy responsable por el pago, pero **puedo apelar a Medicare** según las instrucciones en el MSN. Si Medicare paga, se me reembolsarán los pagos que he realizado, menos los copagos o deducibles.

**OPCIÓN 2.** Quiero **D.** \_\_\_\_\_ mencionado anteriormente, pero que no se cobre a Medicare. Puede solicitar que se le pague ahora dado que soy responsable por el pago.

**No tengo derecho a apelar si no se le cobra a Medicare.**

**OPCIÓN 3.** No quiero **D.** \_\_\_\_\_ mencionado anteriormente. Entiendo que con esta opción no soy responsable por el pago y **no puedo apelar para determinar si pagaría Medicare.**

H. Información adicional:

**En esta notificación se da a conocer nuestra opinión, no la de Medicare.** Si tiene otras preguntas sobre la presente notificación o el cobro a Medicare, llame al **1-800-MEDICARE** (1-800-633-4227/TTY: 1-877-486-2048).

Al firmar abajo usted indica que ha recibido y comprende la presente notificación. También se le entrega una copia.

<b>I. Firma:</b>	<b>J. Fecha:</b>
------------------	------------------

De conformidad con la Ley de reducción de los trámites burocráticos de 1995, nadie estará obligado a responder en todo pedido para recabar información a menos que se identifique con un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recolección de información es 0938-0566. El tiempo necesario para completar esta solicitud de información se calcula, en promedio, 7 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar en fuentes de datos existentes, recabar los datos necesarios y llenar y revisar los datos recogidos. Si tiene comentarios sobre la precisión del cálculo del tiempo o sugerencias para mejorar el presente formulario, sírvase escribir a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244-1850.

	Proveedor (Provider)	Planes Contratados (Contracted Plans)	Restricciones (Restrictions)
Proveedores de Seguros Contratados (Contracted Insurance Providers)	Blue Cross Blue Shield (BCBS)	BCBS of Illinois	Federal Employee Program
		BCBS of Kansas City PPO	Highmark Blue Shield of Pennsylvania
		BCBS of Louisiana	Keystone Health Plan West - Pennsylvania (HMO)
		BCBS of Minnesota	Highmark West Virginia
	BCBS of Vermont	HMO Louisiana	
	Blue Cross of Idaho PPO		
	Blue Shield of California		
	Capital Blue Cross of Pennsylvania		
	Carefirst BCBS – incluye Maryland, Washington DC, and parts of Northern Virginia		
			BCBS of Illinois: Evaluación Completa de Heces no es cubierta.* (Comprehensive Stool Analysis not covered*)  Capital Blue Cross, Highmark, and Blue Shield of California: IgG Alergias alimentarias+ Cándida no es cubierta.* (IgG Food Allergy Test w/ Candida not covered*)  * Estas pruebas deben ser pagados en su totalidad a la hora de Servicio
Tricare	Tricare Prime Tricare Standard		Exámenes no cubiertos: Ácidos Orgánicos Microbianos, Porfirinas, Examen de Criptopirrole, Ácidos Grasos Esenciales, y paneles hormonales.
Medicare	Medicare Medicare Advantage PPO		Medicare Advantage HMO  Para las pruebas no admisibles, consulte la "Advance Beneficiary Notice" (ABN) que se incluye en el Formulario de Solicitud de Prueba
		Medicare / Medicare Advantage no paga por las pruebas en que la documentación, incluida la historia clínica del paciente, no admite que las pruebas sean necesarias, y no cubre las pruebas de rutina. Es responsabilidad del médico solicitante para documentar y mantener la necesidad médica de cada prueba en el expediente médico del paciente.	
		Requisitos: Evaluación Completa de Heces requiere el pago de \$ 94.44	
		La firma del ABN es necesario (consulte la Solicitud de Prueba).	
Planes de Seguro no Contratados (Non-Contracted Plans)	Proveedores/ providers	Elegibilidad / Eligibility	Restricciones/ Restrictions
	Blue Cross Blue Shield (BCBS) No contratado	Todos los planes no contratados requerirán un anticipo del 20% (ver lista de precios).	Proveedores de Seguro Contratados y Planes de seguro sin cobertura.
	United Healthcare Cigna Tufts Harvard Pilgrim	Cualquier plan o pruebas restringidas deben ser pagados en su totalidad al momento del servicio.	Examen de IgG Alergias Alimenticias no cubierto por: <b>Anthem BCBS of California</b> <b>BCBS of North Carolina</b>
		El Laboratorio Great Plains presenta la reclamación de seguro en nombre del paciente. Algunas compañías de seguros ofrecen el pago y la Explicación de Beneficios (EOB) a los pacientes directamente. Si el paciente es pagado directamente, el cheque endosado y EOB deben enviarse al Laboratorio Great Plains (endose parte posterior de verificación: "Páguese a la orden de el Laboratorio Great Plains" y firmar).	
Planes de Seguro sin Cobertura (Non-Covered Plans)	No estamos en la red con ninguno de estos planes y no vamos a facturar a estas compañías de seguros. El pago total del precio en efectivo requerido y debe ser presentado con los especímenes. Un recibo será enviado al paciente.		
	Aetna	HMO plans (Excepto los que están listados arriba)	United Healthcare of the River Valley
	Todos los planes no elegibles (véase arriba)	Humana	Wellmark BCBS of Iowa
	BCBS Florida	Medicaid	Wellmark BCBS of South Dakota
GEHA	UMR		
Para cualquier pregunta relacionada con la cobertura de seguros, llame al 913-341-8949 o 913-754-0459			

Siempre llame a su proveedor de seguros para confirmar los beneficios porque cobertura de seguro está sujeta a cambios. Los pacientes son responsables de los deducibles, copagos, costos compartidos, coseguros o balance. Si por alguna razón su compañía de seguros considera su trabajo de laboratorio como un servicio no cubierto o médicamente innecesario, usted será responsable por el importe total de la carga.

Actualmente estamos aplicando para la cobertura de la red con varios programas estatales BCBS individual. Por favor visite nuestro sitio web para obtener información actualizada en [www.GPL4U.com/Insurance Overview](http://www.GPL4U.com/Insurance_Overview). También disponible en este sitio esta nuestra guía de verificación de cobertura de seguro para ayudar a determinar la cobertura.

NOTA: El seguro se presenta en el estado en el que el NPI del médico de referencia se ha registrado, o donde se encuentra actualmente el NPI del médico remitente

