

SOLICITUD PARA CONSULTA DE PATOLOGÍA

Estimado Doctor:

Con el objeto de proporcionar un servicio mejor tanto a usted como a sus pacientes, el U.T. MD Anderson Cancer Center requiere que la información y materiales siguientes se envíen a este centro preferiblemente mediante correo de entrega especial.

Por favor, use un formulario para cada caso y acompañelo con

1. una carta en donde conste un resumen de la historia clínica, hallazgos operativos y fuente del material y
2. una copia del informe de patología quirúrgica aún si está incompleto.

TO: OUTSIDE SLIDE CONSULTATION Department of Pathology, Box 85 The University of Texas M.D. Anderson Cancer Center 1515 Holcombe Blvd. Houston, Texas 77030 Phone: (713) 792-3111 Fax: (713) 745-2745	DE: _____ Fecha _____ Médico: _____ Domicilio de la oficina _____ Teléfono: _____ Fax: _____
--	---

Nombre completo del paciente:
 Domicilio del paciente:

Fecha de nacimiento: (M/D/A)

<input type="checkbox"/> Laminillas	N° _____	¿Cuántas? _____	<input type="checkbox"/> Tejido fijado en formalina	<input type="checkbox"/> Glutaraldehido
<input type="checkbox"/> Bloques	N° _____	¿Cuántos? _____	<input type="checkbox"/> Electromicrofotografías	¿Cuántos? _____
	N° _____	¿Cuántos? _____	<input type="checkbox"/> Bloques para microscopía electrónica ME	¿Cuántos? _____
			# _____	
			<input type="checkbox"/> Radiografías	
			¿Cuántas? _____	

¿Qué materiales necesita que le devolvamos?

NOTA: SE ENVIARÁ UNA RESPUESTA POR ESCRITO PARA CADA CASO AL DOMICILIO DEL DOCTOR.

INFORMACIÓN PARA LA FACTURACIÓN:

Si usted desea que le enviemos la factura a su paciente por estos servicios, por favor provea los datos completos del paciente en el espacio proporcionado más arriba y marque el espacio "Cobrar al Paciente" más abajo. Asegúrese que el paciente sepa que su material se ha enviado al UTMD Anderson y que recibirá un detalle de nuestro *Physicians Referral Service* (PRS) solicitando el pago.

Si usted u otro médico o institución serán los responsables de efectuar el pago a PRS, por favor, complete los datos del paciente en el espacio proporcionado más arriba y los datos del responsable más abajo.

MARQUE UNO:

- Cobrar al paciente
- Enviar la factura al responsable cuyo nombre y domicilio aparecen más abajo:

Nombre del paciente, médico o institución responsables por el pago:

Domicilio completo:

Número telefónico del responsable (con código de país y ciudad):

Número de identificación del médico referente (UPIN) y nombre:

Cualquier identificación que deba ser indicada en el detalle, por ejemplo número de orden de compra: