

Formulario de solicitud ▶ DEVUELVA ESTE FORMULARIO CON LA TARJETA DE PRUEBA INSURE® ONE™ 0000000

INFORMACIÓN PARA EL MÉDICO: El personal del consultorio debe completar toda la sección azul antes de que el paciente salga del consultorio.

(B)11290 - Al enviar este formulario, está solicitando la detección de globina fecal por inmunoquímica (InSure).

Facturar a mi cuenta

Código de diagnóstico **REQUERIDO**

N.º de cliente (N.º de cuenta de búsqueda) **REQUERIDO**

Nombre del médico **REQUERIDO - EN LETRA IMPRENTA**

N.º NPI **REQUERIDO**

Firma del médico **REQUERIDO PARA NJ, NY, PA, MA, WV MEDICAID**

N.º de teléfono

Para uso de la oficina

Pruebas de cobertura limitada de Medicare

B = Tiene limitaciones de cobertura relacionadas con el diagnóstico y la frecuencia.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE: El paciente debe completar la sección dorada. Todos los campos son obligatorios.

Apellido

Primer nombre

Inicial del

Fecha de nacimiento

Hombre Mujer

N.º teléfono

segundo nombre

Dirección postal

Ciudad

Estado

Código postal

El nombre de su médico

INFORMACIÓN DE LA MUESTRA Fecha de la evacuación

____ / ____ / ____
Mes Fecha Año

IMPORTANTE: no podemos procesar su prueba sin una fecha de muestra real.

INFORMACIÓN DE FACTURACIÓN DEL PACIENTE: Escriba claramente en letra impresa y complete toda la información requerida.

Proporcione a continuación toda la información del seguro requerida y complete el campo en su totalidad para evitar recibir una factura.

Solo mencione su seguro principal. **NO INDIQUE UN SEGURO SUPLEMENTARIO.**

No tengo seguro, así que por favor factúrenme directamente por los servicios.

1. Si su cobertura principal es **MEDICARE**, indique el número completo de Medicare: _____

PARE: No se necesita más información.

2. Si su cobertura principal es **MEDICAID**, indique el número completo de Medicaid: _____

PARE: No se necesita más información.

3. Si su cobertura principal es un seguro **diferente a** Medicare o Medicaid, complete la siguiente información:

Nombre del suscriptor

Nombre del empleador

Nombre de la compañía de seguros

Número de teléfono de la compañía de seguros

Dirección de reclamo de la compañía de seguros

Ciudad

Estado

Código postal

ID de miembro/Número de suscriptor

Número de grupo (si corresponde)

Relación del suscriptor con el paciente: Misma persona _____

Cónyuge _____

Otros _____

Si tiene alguna pregunta sobre el uso de InSure® ONE™, llame a Clinical Genomics al **1.800.531.3681** o visite **clinicalgenomics.com/quest**

3 sencillos pasos

La prueba InSure® ONE™ es una prueba inmunoquímica fecal (PIF) para la detección cualitativa de hemoglobina sanguínea humana en muestras de heces. Generalmente, las muestras serán recogidas por la persona en su domicilio y la prueba se realiza en laboratorios o consultorios profesionales. La prueba InSure ONE se utiliza para ayudar en la detección del sangrado gastrointestinal inferior.

LIMITACIONES DE ESTA PRUEBA:

- Esta prueba detecta la presencia de sangre en las heces. Hay muchas condiciones que pueden causar la aparición de sangre en las heces, por lo que debe hacer un seguimiento con su médico si recibe un resultado "positivo" en la prueba.
- Esta prueba no reemplaza el examen físico realizado por el médico.
- Un resultado "negativo" en la prueba significa que no se encontró sangre en la muestra; sin embargo, las lesiones colorrectales pueden sangrar de manera intermitente y la sangre podría no distribuirse uniformemente en las heces, por lo que se puede obtener un resultado negativo incluso cuando hay una enfermedad gastrointestinal.
- El incumplimiento de las instrucciones de la prueba podría afectar los resultados de la misma.

HAGA LA PRUEBA:

- En su próxima evacuación.

▶ LEA TODAS LAS INSTRUCCIONES ANTES DE EMPEZAR CON LA PRUEBA

PREPARATIVOS PARA RECOGER LAS MUESTRAS:

- No es necesario evitar ingerir algún alimento ni tomar medicamentos.
- El consumo de frutas y vegetales puede aumentar la exactitud de la prueba.
- Quite los limpiadores desinfectantes o agentes azulantes del inodoro o del tanque de su inodoro y luego tire de la palanca dos veces.

ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES:

NO REALICE LA PRUEBA SI SE PRESENTA ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

- La tarjeta de la prueba ha caducado.
- La tarjeta de la prueba está dañada, sucia o si es evidente la manipulación.
- Si falta algún componente del kit.
- Tiene hemorroides sangrantes.
- Si tiene sangre en la orina o ve sangre en el inodoro, comuníquese con su médico.
- Durante tres días antes o después de su ciclo menstrual.
- Ha sufrido cortaduras sangrantes en las manos.
- El inodoro usa agua salada o está oxidada.

¿QUÉ INCLUYE ESTE KIT?

- Tarjeta de la prueba
- (2) Cepillos para muestreo
- (2) Bolsas azules para eliminación de residuos
- Instrucciones/formulario de solicitud
- Sobre de devolución



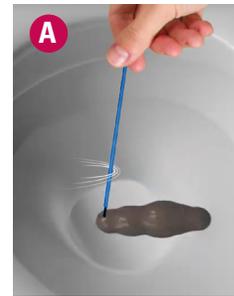
Para ver una demostración en video sobre cómo usar este kit, vaya a clinicalgenomics.com/quest

Si tiene preguntas sobre cómo recoger su muestra, llame al **800-531-3681**.

PASO 1. Recoja la muestra de agua

1. Tire de la palanca del inodoro y defeca. Coloque el papel higiénico usado en una de las bolsas azules para eliminación de residuos del kit y deséchelo en la basura doméstica.
2. Levante la solapa al frente de la tarjeta de prueba.
3. Cepille la superficie de las heces durante 5 segundos. Golpee el cepillo una vez en el inodoro para eliminar el exceso de agua (Fig. A).
4. Cepille la superficie del cuadrado 1 con una muestra de agua durante aproximadamente 5 segundos (Fig. B) y repita el mismo proceso con el segundo cepillo en el cuadrado 2. Use la segunda bolsa azul para eliminación de residuos para desechar ambos cepillos en la basura doméstica.

Esta es una prueba a base de agua. **No aplique las heces a la tarjeta de prueba.**



PASO 2. Etiquete su muestra

1. Complete todos los campos en la etiqueta removible (Fig. A) usando un bolígrafo.
2. Cierre la solapa en la tarjeta de prueba.
3. **Despegue la etiqueta y utilícela para sellar la solapa en la tarjeta de prueba.** Coloque la etiqueta en la tarjeta como se muestra (Fig. B).



0000000

NOMBRE DEL PACIENTE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

FECHA DE LA MUESTRA _____

PASO 3. Envíe las muestras

1. Complete el formulario de solicitud al reverso de estas instrucciones.
 2. Introduzca el formulario de solicitud completado y la tarjeta de prueba sellada en el sobre con franqueo pagado.
 3. **Envíe su sobre para envío de muestras lo antes posible, preferiblemente en las 48 horas siguientes.**
- Si su médico imprimió una solicitud, envíela en el sobre con la tarjeta de prueba.
 - No envuelva la bolsa ni la tarjeta de la prueba.

Para obtener más información sobre InSure ONE, visite clinicalgenomics.com/quest

