

---

# Formatos de Remisión de Muestras Triple Marcador (Hoja #1)

---

## Specialty Laboratories, Inc.

### Maternal Screening Information Información para Tamizaje Neonatal

Patient's name (last name - first name): .....  
Nombre del paciente (apellido – nombre):  
.....

Specimen collection date (mm / dd / yyyy): / ..... / ..... / ..... /  
Fecha de toma de la muestra (mes / día / año):

Maternal date of birth (mm / dd / yyyy): / ..... / ..... / ..... /  
Fecha de nacimiento de la madre (mes / día / año):

Maternal race (please check one): Caucasian  Black  Oriental  Asian  Other (specify)   
Raza de la madre (marque el que corresponda) Caucásica Negra Oriental Asiática Otra (especificar)

Insulin dependent diabetic? Yes  No   
¿Diabético insulino dependiente? Si No

Maternal weight: ..... (Lbs)  
Peso de la madre: (libras)

Gestational age at time of specimen collection: wks ..... days.....  
Edad gestacional al momento de toma de la muestra: semanas días

Method of estimation (please check one) LMP  Sono  Exam   
Método de estimación (marque uno): Última menstruación Ultrasonido Examen

Date of LMP (mm / dd / yyyy): / ..... / ..... / ..... /  
Fecha última menstruación (mes / día / año):

Gestational age at time of sono: wks ..... days .....  
Edad gestacional en la fecha del ultrasonido: semanas días

Gestational age at time of exam: wks ..... days .....  
Edad gestacional en la fecha del examen: semanas días

Relevant history: .....  
Datos clínicos importantes:  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

# Formato de Remisión de Muestras Triple Marcador (Hoja #2)

Specialty Laboratories, Inc.

Change or Request for Additional Information

Cambio o Solicitud de Información Adicional

Maternal Serum Screen (AFP Triple Screen, AFP Maternal Serum)

Tamizaje Suero Materno (AFP Triple Marcador, AFP Suero Materno)

Client: ..... Client # .....

Cliente: ..... Cliente No. ....

Fax: ..... Phone: .....

Fax: ..... Teléfono: .....

Patient's name: ..... Specialty Accession #: .....

Nombre del paciente: ..... No. Acceso Specialty: .....

In order for Specialty Laboratories to provide a complete report with risk assessment, please complete or confirm the following clinical information. Please list all dates as MM/DD/YY.

Para poder realizar un informe completo de riesgo fetal, Specialty Laboratories exige tramitar en su totalidad la siguiente información clínica del paciente. Favor registrar las fechas en formato numérico de dos dígitos: mes, día, año (MM/DD/AA).

<b>Specimen collection date</b> Fecha de toma de la muestra  / ..... / ..... / ..... /	<b>Patient's birth date</b> Fecha de nacimiento del paciente  / ..... / ..... / ..... /	<b>Insulin dependent diabetic?</b> ¿Diabético insulino dependiente?  Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si                      No		
<b>Patient race:</b> Raza del paciente Caucasian <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> African American <input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> Other (specify) ..... Caucásica      Asiática      Afroamericana      Hispana      Otra (especificar)				
<b>Method of estimation:</b> Método de estimación: US (date) Ultrasonido (fecha) / ... / ... / ... /		LMP (date) FUM (fecha última menstruación) / ... / ... / ... /	EDD (date) Parto (fecha estimada) / ... / ... / ... /	Patient weight Peso del paciente .....(Lbs)
<b>Gestational age</b> Edad gestacional  at time of US: a fecha del ultrasonido:  Wks / semanas:		on specimen time: a fecha de la muestra  Wks / semanas:	Number of fetuses Número de fetos  .....	