

Solo para uso de Labcorp.
Coloque el adhesivo de ingreso aquí.

Questionario clínico sobre el cáncer hereditario

Para preguntas sobre autorizaciones previas, llame al **866-248-1265** / Fax **336-436-1007** / Para preguntas sobre exámenes, llame al **800-345-4363**.
correo electrónico **PriorAuthEscalations@Labcorp.com**

Nombre y cargo de la persona que completa este formulario _____

Información sobre el examen (este no es un pedido para realizar un examen)

Nota: En el caso de las personas que reciben Medicare, la muestra debe estar acompañada por una Notificación previa al beneficiario de no cobertura (Advance Beneficiary Notice of Noncoverage, ABN) si no se proporciona un código ICD-10 que respalde la necesidad médica.

Código(s) de diagnóstico ICD-10 **obligatorio(s)** _____

Opciones de exámenes de BRCAssure®	N.º de examen
<input type="radio"/> Análisis completo de <i>BRCA1/2</i>	485030
<input type="radio"/> Perfil judío asquenazí de <i>BRCA1/2</i>	485097
<input type="radio"/> Análisis específico de <i>BRCA1*</i>	485066
<input type="radio"/> Análisis específico de <i>BRCA2*</i>	485081

*Es necesaria una copia del informe de laboratorio que documenta la variante del familiar que obtuvo el resultado positivo.

**Opciones de exámenes de VistaSeq®	N.º de examen
<input type="radio"/> Cáncer hereditario: 27 genes	481220
<input type="radio"/> Cáncer hereditario sin <i>BRCA</i> : 25 genes	481240
<input type="radio"/> Mama: 19 genes	481319
<input type="radio"/> Mama de riesgo alto/moderado: 9 genes	481452
<input type="radio"/> Mama y ginecología: 25 genes	481341
<input type="radio"/> Ginecología: 11 genes	481330
<input type="radio"/> Síndrome de Lynch: 5 genes	483543
<input type="radio"/> <i>MLH1</i> : un gen	483496
<input type="radio"/> <i>MSH2</i> : un gen	483508
<input type="radio"/> <i>MSH6</i> : un gen	483520
<input type="radio"/> <i>PMS2</i> : un gen	483532

**Opciones de exámenes de VistaSeq®	N.º de examen
<input type="radio"/> Colorectal de alto riesgo: 7 genes	481352
<input type="radio"/> Colorrectal: 22 genes	481363
<input type="radio"/> <i>APC</i> : un gen	483484
<input type="radio"/> Próstata: 10 genes	483555
<input type="radio"/> Pancreático: 14 genes	481385
<input type="radio"/> Endocrino: 13 genes	481374
<input type="radio"/> <i>MEN1</i> : un gen	483460
<input type="radio"/> <i>RET</i> : un gen	483472
<input type="radio"/> Renal: 19 Genes	481407
<input type="radio"/> Cerebro/SNC/SNP: 17 genes	481386
<input type="radio"/> Otro _____	

Características demográficas del paciente

Nombre del paciente _____ / Fecha de nacimiento _____ / Sexo: Masculino Femenino
N.º de teléfono del paciente _____ / Correo electrónico del paciente _____

Antecedentes del paciente

Seleccione al menos una opción Asesoramiento genético realizado por un asesor genético certificado o genetista clínico. Si está marcado, adjunte el informe de asesoramiento genético.
 Asesoramiento previo al examen realizado por el proveedor solicitante o la persona designada de acuerdo con las políticas del plan de salud.

Seleccione todas las opciones que correspondan:

- El paciente se hizo un análisis de cáncer hereditario anteriormente; si se marca esta opción, adjunte el informe
- Antecedentes de trasplante de médula ósea/células madre / Antecedentes de transfusión de sangre, fecha de la última transfusión _____
- Sin antecedentes personales de cáncer
- Cáncer de mama o carcinoma ductal in situ (Ductal Carcinoma In Situ, DCIS); edad en el momento del diagnóstico _____ (Marque todas las opciones que correspondan)
 - Bilateral Premenopáusico
 - Triple negativo (receptores de estrógeno negativos [Negative Estrogen Receptor, ER-], receptores de progesterona negativos [Negative Progesterone Receptor, PR-], receptores 2 de factor de crecimiento epidérmico humano negativos [Negative Human Epidermal Growth Factor Receptor 2, HER2-])
- Cáncer de ovario, edad en el momento del diagnóstico _____
- Cáncer de endometrio, edad en el momento del diagnóstico _____
- Cáncer renal, edad en el momento del diagnóstico _____
- Cáncer colorrectal, edad en el momento del diagnóstico _____
- Resultado del análisis de inestabilidad de microsátelites (Microsatellite Instability, MSI):
 Alto Bajo Estable Resultados de inmunohistoquímica (IHC): Si está presente, especificar los resultados _____
- Antecedentes de pólipos en el colon, edad en el momento del diagnóstico _____, cantidad _____
- Cáncer de páncreas, edad en el momento del diagnóstico _____
- Cáncer de próstata, edad en el momento del diagnóstico _____, puntuación de Gleason, Metastásico
- Otro cáncer _____, edad en el momento del diagnóstico _____

Antecedentes familiares (adjunte páginas adicionales si es necesario)

¿Antecedentes judíos asquenazés? No Sí / ¿Hay antecedentes familiares limitados o desconocidos? Explicar (p. ej., adoptado) _____

Familiar*	Por parte materna/paterna	Tipo de cáncer	¿El familiar se encuentra disponible para que se le realice el análisis? Si la respuesta es no, indique el motivo.	Edad en el momento del diagnóstico	¿Tiene mutaciones conocidas? Si la respuesta es sí, adjunte el informe de laboratorio.
	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

Asesoramiento genético: el proveedor solicitante entiende firmando a continuación:

Si el plan de salud requiere el asesoramiento genético por parte de un asesor genético certificado antes de los análisis de laboratorio, pero no ha ocurrido como se indica en la sección anterior Antecedentes del paciente, entiendo que el laboratorio puede hacer una derivación a un asesor genético certificado requerido o autorizado por el plan de salud como ADN informado y genética integrada. **Dicha derivación está exclusivamente relacionada con los análisis de laboratorio y no me exime de ninguna obligación de solicitar autorización para mis servicios.**

N.º de cuenta: _____
Nombre del proveedor (en letra de imprenta): _____
NPI (Identificación nacional de proveedores): _____
N.º de teléfono del proveedor: _____ N.º de fax: _____

Firma del proveedor solicitante _____ Fecha _____

Al firmar a continuación, el paciente comprende lo siguiente:

Es posible que Labcorp utilice la información incluida en este formulario y otra información que yo mismo haya proporcionado o que haya proporcionado el proveedor solicitante o la persona designada por este para iniciar el proceso de autorización previa de mi plan de salud, según sea necesario. Comprendo que el hecho de que mi plan de salud proporcione la autorización previa no implica que este cubrirá el total de los gastos. Labcorp intentará comunicarse conmigo si el costo estimado a mi cargo supera los \$300. Si Labcorp no puede comunicarse conmigo, los exámenes pueden cancelarse. Independientemente del costo estimado, el costo real a mi cargo puede ser más alto o más bajo que el costo estimado proporcionado. Es mi responsabilidad comunicarme con mi plan de salud en relación con asuntos de mi cobertura y beneficios.

Si se marca esta opción, en caso de que no puedan comunicarse conmigo, Labcorp puede dejar un mensaje de correo de voz confidencial al número de teléfono indicado en este formulario.

Firma del paciente _____ / Fecha _____

*Los parentescos a tener en cuenta incluyen a padres, hermanos, hijos (1.º grado); medios hermanos, tíos, abuelos, nietos, sobrinos (2.º grado); primos hermanos, tíos abuelos, bisnietos, bisabuelos (3.º grado).
**Visite www.labcorp.com para obtener información detallada sobre los genes incluidos en cada panel.



TIN: 13-3757370 / NPI: 1750368700