



Los datos marcados en rojo son obligatorios.

Información del paciente (favor escribir en letra de molde o imprenta)							
Nombres		Apellidos		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Fecha de Nacimiento (DD/MM/AAAA)	Edad	Peso
Dirección		Ciudad	Estado o Provincia	Código Postal	País		
Teléfono		Correo electrónico. Enviamos resultados ÚNICAMENTE por correo electrónico.					

Información del médico						
Nombres		Apellidos			Credenciales	
Nombre de clínica			Teléfono		Fax	
Dirección		Ciudad	Estado o Provincia	Código Postal	País	
Correo electrónico				Firma del médico		

Información del distribuidor			
Nombre de la empresa		País	Teléfono

Método de Pago	
<input type="checkbox"/> Cobrar al médico Nombre del Médico: _____	
Cobrar al paciente o responsable (favor indique el método de pago a continuación)	
<input type="checkbox"/> Credit Card: <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MasterCard <input type="checkbox"/> American Express <input type="checkbox"/> Discover # de tarjeta _____ Expiración _____ Código de Seguridad _____ Nombre del Titular _____ Firma _____	
<input type="checkbox"/> Prepagado en Carrito de Compras (Shopping Cart) # de Confirmación de 4 dígitos _____-INT	
<input type="checkbox"/> Pago en línea con tarjeta de crédito en at www.greatplainslaboratory.com/payments # de transacción _____	
<input type="checkbox"/> Paypal (envíe el pago a payment@gp-labs.com) Nombre de usuario de PayPal _____	
<input type="checkbox"/> Transferencia Bancaria Encontrará nuestra información de cuenta bancaria en www.greatplainslaboratory.com/payments . Por favor agregue USD \$40 para cubrir las comisiones bancarias. Envíe el recibo de la transferencia a wiretransfers@gp-labs.com . Favor incluya los costos de envío en la transferencia a menos que los pague directamente a FedEx (favor lea las instrucciones de envío)	

Persona responsable del pago		<input checked="" type="checkbox"/> Marque aquí si el paciente es quien paga			
Nombres		Apellidos	Credenciales		
Email					
Dirección		Ciudad	Estado o Provincia	Código Postal	País

Idioma en que prefiere los resultados	
<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Italiano <input type="checkbox"/> Portugués <input type="checkbox"/> Alemán <input type="checkbox"/> Japonés	
Nota: Algunos resultados no se ofrecen en todos los idiomas. Si eligiera un idioma en que no se ofrece el resultado, recibirá resultados en inglés.	

Autorización de ejecución de análisis y consentimiento de política de cancelación	
Acepto haber solicitado servicios de laboratorio con la recepción de este formulario y que se use una copia en lugar del original. Además, acepto las condiciones de la política de cancelación que se encuentra en www.greatplainslaboratory.com/cancellation-policy .	
Firma del paciente o responsable _____	Fecha (MM/DD/AAAA) _____



Fecha y hora de la toma de muestras

ORINA Fecha de toma (MM/DD/AAAA): _____

SANGRE Fecha de toma (MM/DD/AAAA): _____

HECES 1 Fecha de toma (MM/DD/AAAA): _____ Hora de toma: _____ AM PM

HECES 2 Fecha de toma (MM/DD/AAAA): _____ Hora de toma: _____ AM PM

SALIVA Fecha de toma (MM/DD/AAAA): _____

CABELLO Fecha de toma (MM/DD/AAAA): _____

SANGRE SECA Fecha de toma (MM/DD/AAAA): _____

SOLAMENTE CUANDO SE REALIZA LA PRUEBA DE HORMONAS

Fecha de toma (MM/DD/AAAA): _____ Hora de toma: Mañana _____ Mediodía _____ Tarde _____ Noche _____

¿Ha congelado la muestra? Sí No

Marque si ha habido: Histerectomía Remoción de ovarios Primer día del último período menstrual (MM/DD/AAAA): _____

¿Ha congelado la muestra de orina? Sí No
Necesitamos la fecha de toma de TODAS las muestras.
La hora de toma es necesaria para las muestras de heces y saliva.

STOP

Favor de enviar todas sus muestras en un solo envío para evitar múltiples cargos por envío.

Orina

- Ácidos Orgánicos (OAT)
- Micotoxinas (exposición al moho) (Mycotox)
- Marque si el paciente toma micofenolato mofetil (CellCept/Myfortic)
- Prueba de glifosato (Glyphosate)
- Perfil GPL-TOX (Toxic Non-Metal Chemicals)
- Ácidos Orgánicos Microbianos (MOAT) (incluido en OAT)
- Aminoácidos en orina (Amino Acids)
 - Muestra única 24 Hrs Volumen total _____ mL
- Calcio + magnesio (Cal + Mag)
- Perfil de porfirinas (Porphyrins)
- Metales en orina Marque el tipo de toma
 - Muestra única 24 Hrs Volumen total _____ mL
 - Con toma de tiempo # de hrs _____
 - Antes Después del quelante _____ Dosis _____

Heces

- Análisis Completo de Heces (CSAP2)
- Metales en heces (Metals Fecal)
 - Antes Después del quelante _____ Dosis _____
- ¿El paciente tiene amalgamas dentales? No Sí. ¿Cuántas? _____
- Microbiología

Sangre (Suero, glóbulos rojos, sangre)

- Mapa Alimentario IgG con cándida y levadura (Suero) (IgG Food)
- Alergias IgE al moho (Suero) (Mold IgE Allergy)
- IgE combinado avanzado de alergias (Suero) (IgE Adv. Cmb.)
- IgE básico de alergias alimentarias (Suero) (IgE Food Basic)
- IgE avanzado de alergias alimentarias (Suero) (IgE Food Advanced)
- IgE básico de alergias respiratoria (Suero) (IgE Inhalant Basic)
- IgE avanzado de alergias respiratorias (Suero) (IgE Inhalant Adv.)
- Metales: (Metals) Sangre entera (W. Blood) Glóbulos rojos (RBC)
- Perfil Avanzado de Colesterol (Suero) (Cholesterol)
- Perfil de cobre + zinc (Suero) (Copper + Zinc)
- Homocisteína (Suero) (Homocysteine)
- Hierro y capacidad total de fijación de hierro (TIBC) (Suero)
- Perfil de anticuerpos a estreptococos (Suero) (Strep)
- Vitamina D (Suero)

Cabello

- Metales en cabello (Metals Hair)

Combinaciones y Páneles

Podría incurrir en costos adicionales si las muestras no llegan en la misma bolsa de FedEx

- Panel de evaluación avanzada (AAP)** (Ácidos Orgánicos, GPL-TOX, Glifosato, Mapa Alimentario IgG, Metales en Cabello, Completo de Heces)
- Panel de autismo (Autism Panel)** (Ácidos Orgánicos, GPL-TOX, Glifosato, Mapa Alimentario IgG, Colesterol, Completo de Heces, Metales en Cabello, Omega-3 Completo)
- Panel de evaluación básica (BAP)** (Ácidos Orgánicos, GPL-TOX, Mapa Alimentario IgG, Metales en Cabello)
- ENVIROtox** (GPL-TOX, Ácidos Orgánicos, Glifosato)
- ENVIROtox Completo** (ENVIROtox + Micotoxinas)
 - Marque si el paciente toma micofenolato mofetil (CellCept/Myfortic)
- Combo Ácidos Orgánicos + Microbiología**

Sangre Seca

- Mapa Alimentario IgG con cándida y levadura (IgG Food)
- Omega-3 Completo (tarjeta con un círculo)
- Vitamina D

Saliva

- Perfil de la vía de Metilación ADN (requires Informed Consent form) (DNA)
- Panel de Hormonas Completo Plus
Estrona, Estradiol, Estriol, Progesterona, Testosterona, DHEA, 4 veces Cortisol
- Panel de Hormonas Completo
Estradiol, Progesterona, Testosterona, DHEA, 4 veces Cortisol

Otros

- _____
- _____

¿Podemos utilizar los resultados de sus pruebas con fines de investigación?

Sí No NO REVELAREMOS SU IDENTIDAD

Si sí, por favor marque las condiciones del paciente.

- Déficit atencional e hiperactividad Alzheimer Asperger
- Trastornos del Espectro Autista Fatiga Crónica Colitis
- Enfermedad de Crohn Depresión Síndrome de Down
- Fibromialgia Intestino irritable Esclerosis múltiple TOC
- Trastorno del desarrollo Psicosis Esquizofrenia
- Tourette o tics Otros _____

Firma: _____