Direct Access Testing Form

Monday – Friday 9:00am – 4:00pm

715-463-5353

Customer Information (Please Print)

Name_____

(Last) (First) (MI)

DOB_____ Sex: M / F

(Month/Day/Year)

Home Phone (_____)_____

Work Phone (_____)_____

Cell Phone (_____)_____

Address_____

City/State/Zip_____

_____

Results will be sent to the above address.

DISCLAIMER: I HAVE READ AND UNDERSTAND THE FOLLOWING INFORMATION:

- A physician order is NOT required.
- Insurance will not be billed.
- Payment is required before tests are performed.
- All results will be sent to the patient with test explanations.
- Test(s) are being performed at my request.
- Results will NOT be forwarded to my provider.
- An appointment is necessary to discuss results with your provider.
- A parent or guardian must accompany anyone under the age of 18.

*_____

Signature of Customer or Parent/Guardian Date

Test Menu

(Please circle test(s) desired)

Lab	Description	Price	Paid
			(for office use only)
Basic Metabolic Profile	Includes Glucose, Bun, Creat, Na^+, K^+, Cl^-, CO_2, Ca	30.00	
Complete Blood Count	Includes WBC, RBC, Hemoglobin, HCT, MVC, PLT	25.00	
Lipid Screening	Includes Cholesterol, Trig, LDL, HDL, Cardiac Risk Factor	30.00	
Liver Enzyme	ALT (alanine aminotransferase)	25.00	
Glucose	Blood Sugar (8 hour fast is best)	12.00	
Hemoglobin	Hemoglobin Test	10.00	
HCG	Pregnancy Test (Urine)	13.00	
Magnesium	Medication Monitoring	20.00	
Microalbumin	Kidney function associated with Diabetes (Urine)	25.00	
PSA	Prostate Test	30.00	
TSH	Thyroid Test	30.00	
A1C	Diabetes Test	25.00	
Vitamin D	Screen for Vitamin D deficiency	35.00	
	Total		

Is patient fasting? _____Yes _____ No

ORIGINAL TO LAB COPY TO HIM/ROI COPY TO PATIENT IF REQUESTED PAYMENT TO BUSINESS OFFICE

Last Updated: 08/22/25

BURNETT MEDICAL CENTER

Formulario para pruebas de acceso directo

Lunes a viernes de 9:00 a. m. a 4:00 p. m.
715-463-5353

Datos del cliente (en letra de imprenta)

Nombre_____
(Apellido) (Nombre) (Inicial del 2.° nombre)

Fecha de nacimiento_____ Sexo: M/F
(mes/día/año)

Teléfono particular (_____)_____

Teléfono del trabajo (_____)_____

Teléfono celular (_____)_____

Dirección_____

Ciudad/estado/Código postal _____

_____

Los resultados se enviarán a la dirección que indicó arriba.

Descargo de responsabilidad

HE LEÍDO Y COMPRENDO LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

- NO se requiere una orden médica.
- No se facturará al Seguro.
- El pago debe realizarse por adelantado antes de que se realicen las pruebas.
- Todos los resultados se enviarán al paciente con explicaciones de las pruebas.
- Soy yo quien solicita las pruebas.
- Los resultados NO se reenviarán a mi proveedor.
- Para analizar los resultados con mi proveedor, debo programar una cita.
- Cualquier persona menor de 18 años debe estar acompañada por su padre/madre o tutor.

* _____
Firma del cliente o padre/madre o tutor Fecha

Menú de pruebas
(Marque con un círculo las pruebas que solicita)

Prueba de laboratorio	Descripción	Precio	Pago realizado
			(para uso exclusivo de la oficina)
Panel metabólico básico	Incluye glucosa, nitrógeno ureico, creatinina, Na^+, K^+, Cl^-, CO_2, Ca	30.00	
Hemograma completo	Incluye glóbulos blancos, glóbulos rojos, hemoglobina, hematocrito, VCM, plaquetas	25.00	
Perfil lipídico	Incluye colesterol, triglicéridos, LDL, HDL, factor de riesgo cardiovascular	30.00	
Enzima hepática	ALT (alanina aminotransferasa)	25.00	
Glucosa	Glucemia (lo ideal es realizar 8 horas de ayuno)	12.00	
Hemoglobina	Prueba de hemoglobina	10.00	
HCG	Prueba de embarazo (orina)	13.00	
Magnesio	Control de medicamentos	20.00	
Microalbuminuria	Función renal asociada a la diabetes (orina)	25.00	
PSA	Prueba de la próstata	30.00	
TSH	Prueba de la tiroides	30.00	
A1C	Prueba de detección de diabetes	25.00	
Vitamina D	Prueba de detección de deficiencia de vitamina D	35.00	
	Total		

¿El paciente está en ayunas? _____Sí _____ No

ORIGINAL TO LAB COPY TO HIM/ROI COPY TO PATIENT IF REQUESTED PAYMENT TO BUSINESS OFFICE

Last Updated: 08/22/25