

B4 – Formulario de Envío Estudio Serológico

RG-15-211.00

Versión: 6

Fecha de Actualización: 01/04/2021

Información del Paciente

Rut:

Nombres:

Apellido Paterno:

Apellido Materno:

Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino

Fecha Nacimiento: Día Mes Año

Edad: Años

Dirección:

Región:

Ciudad/Localidad:

Comuna:

Teléfono:

Previsión:

Datos de la Procedencia

Establecimiento:

Unidad:

Dirección:

Región:

Ciudad/Localidad:

Comuna:

Profesional Responsable:

Correo Laboratorio:

Fono Laboratorio:

Servicio de Salud:

Dirección de Despacho de Procedencia

Dirección:

Región:

Ciudad/Localidad:

Tipo de despacho:

Comuna:

Correo Laboratorio:

Exámen Solicitado

Exámen:

Antecedentes de la Muestra

Fecha de obtención de la muestra *: Día Mes Año

Hora de obtención *:

Tipo de Muestra:

Nº Muestra Original:

Nº Muestra: 1º 2º 3º

Fecha envío ISPCH: Día Mes Año

Observaciones:

Antecedentes Clínicos/Epidemiológicos

Diagnóstico Clínico:

Fecha Inicio de Síntomas: Día Mes Año

Fecha Inicio de Tratamiento: Día Mes Año

Tratamiento Antibiótico\Antifúngico: ☐ Sí ☐ No

Factor de Riesgo:

Instrucciones

1. Recepción Lunes a Jueves de 8 a 18 Hrs. Viernes de 8 a 17 Hrs.
2. El transporte debe realizarse según Normativa de transporte de muestra ISPCH.
3. En caso de dudas consultar a Unidad de Recepción de Muestra, fono 56 225755187 o Sección Bacteriología 56 225755421 - 56 225755433, Correo Electrónico bclinica@ispch.cl