



**FORMULARIO DE ESTUDIO MOLECULAR POR  
PCR (REACCIÓN DE LA POLIMERASA EN CADENA)  
PARA LA ENFERMEDAD DE CHAGAS (*Trypanosoma cruzi*)**

**1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE**

\*FECHA ENVÍO

--	--	--

--	--	--

\*APELLIDO PATERNO

\*APELLIDO MATERNO

\*NOMBRES

	-		FECHA DE NACIMIENTO	DIA	MES	AÑO	SEXO		PREVISION
--	---	--	---------------------	-----	-----	-----	------	--	-----------

\*RUT O N° PASAPORTE

FECHA DE NACIMIENTO

DIA

MES

AÑO

SEXO

PREVISION

\*DIRECCIÓN

TELÉFONO

NACIONALIDAD

**2. PROCEDENCIA DE LA MUESTRA**

\* PROFESIONAL RESPONSABLE

\* ESTABLECIMIENTO

SERVICIO

\* DIRECCIÓN

CIUDAD

TELEFONO

\* CORREO ELECTRONICO

**3. ANTECEDENTES DE LA MUESTRA**

\*FECHA DE OBTENCIÓN

--	--	--

TIPO DE MUESTRA: SANGRE EN EDTA

OTRO

HORA DE OBTENCIÓN

N° DE MUESTRA

MUESTRA SOLICITADA POR ISP

SEGUIMIENTO TRATAMIENTO	PRETRATAMIENTO	TERCER MES POST TRATAMIENTO	SEXTO MES POST TRATAMIENTO	1 AÑO POST TRATAMIENTO	2 AÑOS POST TRATAMIENTO
-------------------------	----------------	-----------------------------	----------------------------	------------------------	-------------------------

FECHA TERMINO TRATAMIENTO

--	--	--

**4. ANTECEDENTES CLINICO/EPIDEMIOLÓGICOS**

<input type="checkbox"/>	HIJO DE MADRE INFECTADA	→	NOMBRE /RUT DE LA MADRE: _____
<input type="checkbox"/>	EMBARAZADA INFECTADA	<input type="checkbox"/>	PACIENTE INFECTADO CRÓNICO
<input type="checkbox"/>	DONANTE DE SANGRE	<input type="checkbox"/>	OTRO: _____

CONFIRMACIÓN DE CHAGAS REALIZADA

RESULTADO DE CONFIRMACIÓN

**INSTRUCTIVO DE LLENADO DE FORMULARIO**

- 1.- Completar cada casilla con letra imprenta, clara y legible. **Los datos con \* son campos obligatorios.**
  - 2.- Enviar a Sección Recepción y Toma de muestras, Instituto de Salud Pública de Chile, Av. Marathon 1000, Santiago.
  - 3.- La recepción de muestras se realiza de lunes a viernes de 8:00 a 15:00 horas.
  - 4.- Se recomienda transportar en triple embalaje, según la norma ISP. (<http://www.ispch.cl/documento/13913>).
- Nota: No se procesarán las muestras que al recepcionar superen los 15 días desde su obtención.

USO EXCLUSIVO INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA

\*UNIDAD DE RECAUDACIÓN  
NÚMERO DE RECAUDACIÓN  
TIMBRE RECAUDACIÓN

\*UNIDAD RECEPCIÓN Y TOMA DE MUESTRAS  
TIPO DE MUESTRA  
TEMPERATURA MUESTRA  
TIMBRE RECEPCIÓN ISP