**IDENTIFICACIÓN Y DATOS DEL PACIENTE**

**Nombre del Paciente:**

 **Nombres Apellido Paterno Apellido Materno**

**Fecha de Nacimiento: R.U.T.:**  **Sexo:** : M F

 dd mm aaaa

A B C D

**Previsión:** FONASA Particular: Otro: \_\_\_\_\_\_\_ **Tratamiento:** Si No

**Diagnóstico clínico**:

Medicamento(s)

Fecha última dosis

Dosis

**Dirección: Fono:**

## PROCEDENCIA

**Establecimiento: Servicio:**

**Dirección: Fono:** **Anexo:**:

**Profesional solicitante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ R.U.T.:**

**Firma y/o timbre: email:**

##

## EXAMENES (nombre de prestaciones y requisitos en ficha técnica www.ispch.cl)

**Exámenes solicitados:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Fecha solicitud exámenes: Objetivo exámenes: Diagnóstico Control

##  dd mm aaaa

**Motivo envío examen(es) a Laboratorio de Referencia:**

No se realiza en el servicio No disponible por falta de reactivos No disponible por falta de personal

Realizado en el servicio no es concluyente Otro (especificar): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## IDENTIFICACIÓN CONTROL (Uso exclusivo Test de Dihridrodamina / Estallido respiratorio)

**Nombre del Control:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Nombres Apellido Paterno Apellido Materno**

**Fecha de Nacimiento: R.U.T.:**

 dd mm aaaa

**DATOS DE TOMA DE MUESTRA**

Toma de Muestra en ISP Toma de muestra Externa

**Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre Profesional responsable: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

## Tipo de muestra primaria: Sangre Suero LCR Orina Otro (especificar): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**USO INTERNO ISP**

**Sección Inmunología**

**Recepción del Laboratorio:** Formulario Muestra Fecha Hora dd mm aaaa h m

**Responsable Sección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Observaciones: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**