Instituto de Salud Pública – Ministerio de Salud – Gobierno de Chile	**FORMULARIO DE SOLICITUD DE EXAMEN FOLATO ERITROCITARIO**
Sección Química Clínica	**RG-02-ME-223.03-001** **Versión : 2**

IDENTIFICACIÓN Y DATOS DEL PACIENTE (COMPLETE TODOS LOS CAMPOS CON LETRA LEGIBLE)

Nombre del Paciente: _____
Nombres *Apellido Paterno* *Apellido Materno*

Fecha de Nacimiento: ☐☐☐ (*dd mm aa*) **RUT/ID.:** ☐☐☐☐☐☐☐☐ – ☐ **Sexo**: ☐M ☐F

Previsión: FONASA A B C D Particular: ☐ Convenio: ☐
(Uso nivel nacional)

Hematocrito (HTO): _____ (%)
(Obligatorio)

Procedencia: _____ _____
(Hospital / laboratorio/ otra institución) Dirección

_____
Fono/e-mail institucional

DATOS DEL SOLICITANTE

Institución solicitante: _____

Nombre profesional autorizado: _____

Firma: _____ **Fono/e-mail institucional:** _____

Fecha solicitud examen: ☐☐☐ (*dd mm aaaa*) **Objetivo examen:** Estudio ☐Control ☐Otro ☐

TOMA DE MUESTRA EXTERNA

Fecha: _____ **Hora:** _____ **Nombre Profesional responsable:** _____

Tipo de muestra: Sangre ☐ Suero ☐ Sangre hemolizada ☐
Muestra nacional: recolectar sangre y suero.
Muestra extranjera: recolectar suero y sangre hemolizada.

Identificación de muestras: Sangre: _____
(Nombre completo / tipo de muestra) Suero: _____
Sangre hemolizada: _____

Observaciones: _____

USO INTERNO ISP

Recepción de Muestras ISP Formulario ☐ Muestra ☐ **Fecha:** _____ **Hora:** _____

Tipo de muestra: Sangre ☐ Suero ☐ Sangre Hemolizada ☐

Identificación Responsable de recepción / Toma de muestra: _____

Fecha: _____ **Hora:** _____

Sección Química Clínica

Recepción del Laboratorio: Formulario ☐ Muestra ☐ Fecha ☐☐☐ (dd mm aaaa) Hora ☐☐ (h m)

Identificación Responsable Sección: _____

Observaciones: _____

"La veracidad de los datos contenidos en este formulario es de responsabilidad del profesional que lo completa y envía"