



DEPARTAMENTO LABORATORIO BIOMÉDICO NACIONAL Y DE REFERENCIA
SUBDEPARTAMENTO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS
SECCIÓN PARASITOLOGÍA

**FORMULARIO PARA CONFIRMACIÓN SEROLOGICA
HIDATIDOSIS HUMANA
LABORATORIOS CLÍNICOS**

1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

*FECHA ENVÍO

--	--	--

--	--	--

*APELLIDO PATERNO

*APELLIDO MATERNO

*NOMBRES

-	<input type="checkbox"/>	FECHA DE NACIMIENTO	<table border="1"><tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr></table>	DIA	MES	AÑO	<table border="1"><tr><td>F</td><td>M</td></tr></table>	F	M	SEXO	PREVISION
DIA	MES	AÑO									
F	M										

*RUT

FECHA DE
NACIMIENTO

DIA

MES

AÑO

F

M

*DIRECCIÓN

TELÉFONO

2. PROCEDENCIA DE LA MUESTRA

* PROFESIONAL RESPONSABLE

--	--	--

* ESTABLECIMIENTO

SERVICIO

--	--	--

* DIRECCIÓN

CIUDAD

--	--	--

TELEFONO

MAIL

FAX

MAIL

3. ANTECEDENTES DE LA MUESTRA

*FECHA OBTENCIÓN

--	--	--

* TIPO DE MUESTRA:

SUERO

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

PLASMA

HORA OBTENCIÓN

--	--	--

*** TÉCNICA REALIZADA:**

ELISA

OTRA (indique):

--	--	--	--

*RESULTADO +

-

IND

LECTURA

--	--	--

PUNTO CORTE

--	--	--

*MARCA COMERCIAL

LOTE

--	--

ANTECEDENTES CLINICO/EPIDEMIOLÓGICOS

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