



**FORMULARIO DE ENVÍO DE MUESTRAS
ESTUDIO DE INFECCIONES POR ESPECIES
DE *Plasmodium* (MALARIA)**

1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE			*FECHA ENVÍO					
*APELLIDO PATERNO		*APELLIDO MATERNO		*NOMBRES				
-		FECHA DE NACIMIENTO		<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>DIA</td><td>M</td><td>ES</td><td>AÑO</td></tr></table>	DIA	M	ES	AÑO
DIA	M	ES	AÑO					
*RUT				SEXO				
				PREVISION				
*DIRECCIÓN			TELÉFONO					
2. PROCEDENCIA DE LA MUESTRA								
* PROFESIONAL RESPONSABLE								
* ESTABLECIMIENTO			SERVICIO					
* DIRECCIÓN			CIUDAD					
TELÉFONO		FAX	MAIL					
3. ANTECEDENTES DE LA MUESTRA								
*FECHA OBTENCIÓN								
* TIPO DE MUESTRA:		SANGRE/EDTA	FROTIS/GOTA GRUESA	HORA OBTENCIÓN				
* TEMPERATURA AL MOMENTO DE LA TOMA DE MUESTRA				°C				
4. ANTECEDENTES CLÍNICOS								
VIAJES AL EXTRANJERO		SI	NO	LUGAR Y FECHA				
USO DE PROFILAXIS		SI	NO	FÁRMACO EMPLEADO				

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.

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 RECEPCION Y TOMA DE MUESTRAS**
TIPO DE MUESTRA
TEMPERATURA MUESTRA
TIEMPO RECEPCION SP