



# Solicitud de análisis: Indicadores biológicos (antecedentes clínicos)

Departamento de Salud Ocupacional

Laboratorio de Toxicología Ocupacional

Al llenar este formulario el solicitante se hace responsable de la información vertida en él.

## DATOS DE FACTURACIÓN

Nombre / razón social:	RUT:	Dirección:		
Comuna:	Provincia:	Región:	Giro:	

## LUGAR DE ATENCIÓN MÉDICA

Establecimiento:
Servicio/Unidad:
Dirección:
Comuna:
Provincia:
Región:

## DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

Nombre del médico*:
Fono*:
e-mail*:
Fecha de la atención:
Fono responsable toma de muestra*:

Nombre de la persona*	R.U.T. de la persona*	Fecha de nacimiento* (dd/mm/aa)	Sexo 1: M 2: F	Matriz biológica* 1: Sangre 2: Uña 3: Orina 4: Pelo	Lugar de toma de muestra 1: Establecim. 2: ISP 3: domicilio	Fecha de la toma de muestra (dd/mm/aa)	Nombre del responsable de la toma de muestra	Código(s) del (los) análisis solicitado(s)* (524-XXXX)				
							Fono:	524-	524-	524-	524-	524-
								524-	524-	524-	524-	524-

## Observaciones:

\*campos de llenado obligatorio

**NOTA:** Una muestra se declara apta para análisis al cumplir los criterios señalados en la Ficha Técnica correspondiente a su prestación (ver [www.ispch.cl](http://www.ispch.cl), Productos y Servicios, Prestaciones).

Instituto de Salud Pública de Chile - Av. Marathon 1000 - Ñuñoa - Santiago. Teléfono (2)25755586

RG-05-PR-515.00-001 V4 07/02/2020

## Instructivo de llenado

Llene correctamente la "Solicitud de análisis: indicadores biológicos (antecedentes clínicos)", tomando en consideración los campos que son obligatorios. Para ello la(s) muestra(s) que ingresa(n) al Laboratorio de Toxicología Ocupacional debe(n) estar apta(s) para el análisis, cumpliendo los criterios señalados en el apartado "Recomendaciones de Toma, Almacenamiento y Transporte de muestras" perteneciente a la Ficha Técnica de la prestación correspondiente ([www.ispch.cl](http://www.ispch.cl), Productos y Servicios, Prestaciones).

1. En los campos relacionados a **DATOS DE FACTURACIÓN**, Ud. deberá indicar con letra legible lo que a continuación se describe:
  - **Nombre/razón social:** indicar el nombre de la persona o la razón social de la Institución a la cual se le factura el o los análisis.
  - **R.U.T.:** indicar la cédula de identidad de la persona o institución a la cual se le factura el o los análisis.
  - **Dirección:** indicar la dirección de la persona o Institución a la cual se le factura el o los análisis.
  - **Comuna:** indicar el nombre de la comuna de residencia de la persona o Institución a la cual se le factura el o los análisis.
  - **Provincia:** indicar el nombre de la provincia de residencia de la persona o Institución a la cual se le factura el o los análisis.
  - **Región:** indicar los números de la región de residencia de la persona o Institución a la cual se le factura el o los análisis.
  - **Giro:** indicar el giro de la empresa a la cual se le factura el o los análisis.
2. En los campos relacionados a **LUGAR DE ATENCION MÉDICA**, Ud. deberá indicar con letra legible lo que a continuación se describe:
  - **Establecimiento:** indicar el nombre del Establecimiento en el cual se realiza la atención médica de la persona.
  - **Servicio/unidad:** indicar el nombre del servicio o unidad de Establecimiento en el cual se realiza la atención médica de la persona.
  - **Dirección:** indicar la dirección del Establecimiento en el cual se realiza la atención médica de la persona.
  - **Comuna:** indicar el nombre de la Comuna donde se encuentra el Establecimiento en el cual se realiza la atención médica de la persona.
  - **Provincia:** indicar el nombre de la Provincia donde se encuentra el Establecimiento en el cual se realiza la atención médica de la persona.
  - **Región:** indicar los números de la Región donde se encuentra el Establecimiento en el cual se realiza la atención médica de la persona.
3. En los campos relacionados a **DATOS DEL MÉDICO TRATANTE**, Ud. deberá indicar con letra legible lo que a continuación se describe:
  - **Nombre del médico:** indicar el primer nombre y el primer apellido del médico tratante.
  - **Fono:** indicar el número de teléfono en el cual es ubicable el médico tratante.
  - **e-mail:** indicar la dirección electrónica del médico tratante.
  - **Fecha de la atención:** indicar la fecha en que fue atendida la persona por el médico tratante.
4. En los campos relacionados a **los antecedentes de la(s) muestra(s)** propiamente tal, Ud. deberá indicar con letra legible lo que a continuación se describe:
  - **Nombre de la persona:** escribir el primer nombre y los dos apellidos de la persona al cual se le toma(n) la(s) muestra(s) biológica(s).
  - **R.U.T. de la persona:** indicar el número de la cédula de identidad de la persona al cual se le toma la(s) muestra(s) biológica(s).
  - **Fecha de nacimiento (dd/mm/aa):** indicar la fecha de nacimiento de la persona al cual se le toma la(s) muestra(s) biológica(s).
  - **Sexo:** indicar el número que identifica el sexo de la persona.
  - **Matriz biológica:** indicar el número que clasifica a la matriz biológica. Excepcionalmente, si la muestra enviada no puede ser clasificada según la anterior nomenclatura descríbala como "Otra".
  - **Lugar de toma de muestra:** indicar el número que clasifica el lugar de toma de muestra.
  - **Fecha de toma de muestra (dd/mm/aa):** indicar la fecha (dd/mm/aa) en la cual se toma la muestra biológica.
  - **Nombre del responsable de la toma de muestra:** escribir el primer nombre y el primer apellido del responsable de la toma de muestra. Indicar, además, su número telefónico.
  - **Código:** coloque en una celda los 4 últimos números que describe el código de la prestación que Ud. requiere del laboratorio. En cada fila de la "Solicitud de análisis: indicadores biológicos (antecedentes laborales)" Ud. puede ingresar hasta 5 prestaciones por muestra. Para ello utilice la base de datos que se encuentra disponible en [www.ispch.cl](http://www.ispch.cl), Productos y Servicios, "**Prestaciones**" ingresando una palabra clave de la prestación.