

# B2 - Formulario de Envío muestras clínicas

RG-13-211.00

Versión: 6

Fecha de Actualización: 01/04/2021

## Información del Paciente

Rut:

Nombres:

Apellido Paterno:

Apellido Materno:

Sexo:  Femenino  Masculino

Fecha Nacimiento:  Día  Mes  Año

Edad:  Años

Dirección:

Región:

Ciudad/Localidad:

Comuna:

Teléfono:

Previsión:

## Datos de la Procedencia

Establecimiento:

Dirección:

Región:

Ciudad/Localidad:

Comuna:

Profesional Responsable:

Correo Laboratorio:

Fono Laboratorio:

Servicio de Salud:

## Dirección de Despacho

Dirección:

Región:

Ciudad/Localidad:

Tipo de Despacho:

Comuna:

Correo Laboratorio:

## Exámen Solicitado

Exámen:

## Antecedentes de la Muestra

Fecha de obtención de la muestra \* :  Día  Mes  Año

Hora de obtención \* :

Tipo de Muestra:

Nº Muestra Original:

Fecha envío ISPCH:  Día  Mes  Año

Observaciones:

## Antecedentes Clínicos/Epidemiológicos

Diagnóstico Clínico:

Antecedentes Epidemiológico:

Nº ID (Brote):

Tipo de Paciente:

Seleccione si corresponde a un Brote:

Especifique Otro:

Factor de Riesgo:

## Instrucciones

1. Recepción Lunes a Jueves de 8 a 18 Hrs. Viernes de 8 a 17 Hrs.
2. El transporte debe realizarse según Normativa de transporte de muestra ISPCH.
3. En caso de dudas consultar a Unidad de Recepción de Muestra, fono 56 225755187 o Sección Bacteriología 56 225755421 - 56 225755433, Correo Electrónico bclinica@ispch.cl