

RG-01-PR-247.01-001

Información del Paciente

Rut:	<input type="text"/>	Dirección:	<input type="text"/>
Nombres:	<input type="text"/>	Región:	<input type="text"/>
Apellido Paterno:	<input type="text"/>	Ciudad/Localidad:	<input type="text"/>
Apellido Materno:	<input type="text"/>	Comuna:	<input type="text"/>
Sexo:	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Teléfono:	<input type="text"/>
Fecha Nacimiento:	<input type="text"/> Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año	Previsión:	<input type="text"/>
Edad:	<input type="text"/> Años		

Datos de la Procedencia

Profesional Responsable:	<input type="text"/>	Laboratorio/Hospital:	<input type="text"/>
Región:	<input type="text"/>	Unidad:	<input type="text"/>
Provincia:	<input type="text"/>	Correo Electrónico:	<input type="text"/>
Comuna:	<input type="text"/>	Fono:	<input type="text"/>
Dirección:	<input type="text"/>		

Antecedentes de la Muestra

Fecha de obtención:	<input type="text"/> Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año	Hora Obtención:	<input type="text"/>
Tipo de Muestra:	<input type="checkbox"/> Sangre c/anticoag. <input type="checkbox"/> Otro		
Otro (Tipo de Muestra):	<input type="text"/>		

Técnicas Realizadas:

	TÉCNICA	LOTE	CUT-OFF	REACTIVIDAD	RESULTADO
Tamizaje 1					
Tamizaje 2					
Tamizaje 3					

Antecedentes Clínicos/Epidemiológicos

Donante TSP/HAM Otros antecedentes:
ATL Dializado

Instrucciones

1. Recepción Lunes a Jueves de 08:00 a 16:00 hrs. Viernes de 08:00 a 12:00 hrs.
2. El transporte debe realizarse según **Normativa de transporte de muestras ISP**.
3. En caso de dudas consultar a **Unidad de Recepción de Muestras** (02) 5755187.