

**Observaciones:** 

## FORMULARIO DE SOLICITUD EXAMEN INMUNOLÓGICO

Revisión: 11

IDENTIFICACIÓN Y DATOS DEL PACIENTE (FAVOR COMPLETAR TODOS LOS CAMPOS CON LETRA LEGIBLE) Nombre del Paciente: \_ Nombres Apellido Paterno Apellido Materno Sexo: M F **R.U.T.:** Fecha de Nacimiento: dd mm aa **Previsión:** FONASA A B C D Particular: Convenio: Tratamiento: Si Diagnóstico clínico: Fecha última dosis Medicamento(s) Dosis Procedencia: Hospital Laboratorio Dirección Fono/Fax IDENTIFICACIÓN CONTROL (Uso exclusivo Test de Dihridrodamina / Estallido respiratorio) Nombre del Control: \_\_ Nombres Apellido Paterno Apellido Materno **R.U.T.:** Fecha de Nacimiento: **EXAMENES Y DATOS DEL SOLICITANTE** Exámenes solicitados: \_\_\_ Nombre médico solicitante: **R.U.T.:** Firma y timbre:\_\_\_ email: \_\_ Fecha solicitud exámenes: **Objetivo exámenes:** Diagnóstico Control Motivo envío examen(es) a Laboratorio de Referencia: No se realiza en el servicid No disponible por falta de reactivos No disponible por falta de personal Realizado en el servicio no es concluyente Otro (especificar): TOMA DE MUESTRA EXTERNA Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_ Nombre Profesional responsable: \_\_\_\_\_ **Tipo de muestra primaria:** Sangre ☐ Suero ☐ LCR ☐ Orina ☐ Otro (especificar): \_\_ Unidad Recepción de Muestras (URM) Formulario Muestra Fecha: Hora: Tipo de muestra primaria: Sangre Suero LCR Orina Otro (especificar): USO INTERNO ISI Funcionario Responsable URM: \_ Toma de Muestra Interna Fecha: Hora: Nombre responsable: Sección Inmunología Recepción del Laboratorio: Formulario Muestra Fecha Nombre Técnico Responsable Sección: \_\_\_