



FORMULARIO PARA ENVÍO DE MUESTRAS

RG-02-PR-212.03-001 v2
DEPARTAMENTO LABORATORIO BIOMÉDICO
NACIONAL Y DE REFERENCIA
SUBDEPARTAMENTO ENFERMEDADES INFECCIOSAS
SECCIÓN MICOBACTERIAS

Uso exclusivo ISP
Fecha y hora de recepción:
Responsable de recepción:
Número Muestras:

ANTECEDENTES DEL PACIENTE

Nacionalidad: Situación de calle:
Nombre(s): RUN: -
Apellido paterno: Sexo:
Apellido materno: Edad:
Fecha de nacimiento: Teléfono:
Dirección, comuna: Grupo de riesgo:
Coinfección retroviral:

ANTECEDENTES SOLICITANTE

Procedencia: Profesional solicitante:
Servicio de Salud: Número telefónico / Red Minsal:
Correo electrónico de despacho: @

ANTECEDENTES DE LA MUESTRA

Tipo de muestra primaria*	Fecha y hora de toma de muestra		Fecha y hora de envío de muestra	

* Para muestras de sangre se deben indicar las tres muestras a enviar

SOLICITUD

Para Diagnóstico	Para Control Tratamiento

Uso Exclusivo ISP

Solicitud de Información

Av. Marathon 1000, Ñuñoa, Santiago
Casilla 48 Correo 21- Código postal 7780050
Mesa Central: 25755100 - 25755101
OIRS: 25689627 - 25755285 - 25755274
www.ispch.cl