



DEPARTAMENTO BIOMÉDICO NACIONAL Y DE REFERENCIA
SUBDEPARTAMENTO GENÉTICA MOLECULAR

FORMULARIO DE ENVÍO DE MUESTRAS PARA
ESTUDIO GENETICO HEMOFILIA

RG-03-IT-250.01-001
Versión 1
Actualización 25/09/2015

1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRES	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	R.U.T.

SEXO	M	F	FECHA DE NACIMIENTO	DÍA	MES	AÑO	EDAD	TELEFONO

COMUNA DONDE VIVE	REGIÓN DONDE VIVE

2. PROCEDENCIA DE LA MUESTRA

	Hospital Roberto del Río
NOMBRE PROFESIONAL RESPONSABLE	Av Profesor Zañartu 1085, Santiago, Región Metropolitana
TELEFONO DE CONTACTO	

3. ANTECEDENTES MUESTRA DE SANGRE

Nº IDENTIFICACIÓN DE MUESTRA HOSPITAL	Nº IDENTIFICACIÓN DE MUESTRA ISP

FECHA OBTENCIÓN DE LA MUESTRA	DÍA	MES	AÑO

FECHA ENVÍO DE LA MUESTRA	DÍA	MES	AÑO

4. ANÁLISIS GENÉTICO

ESTUDIO FACTOR VIII		ESTUDIO FACTOR IX	
---------------------	--	-------------------	--

5. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

HEMOFILIA SEVERA		HEMOFILIA MODERADA		HEMOFILIA LEVE		CASO INDICE?	SI	NO
------------------	--	--------------------	--	----------------	--	--------------	----	----

ANTECEDENTES FAMILIARES	
HERMANO/A DE	
PADRE DE	
MADRE DE	
SOBRINO/A DE	
TIO/A DE	
ABUELO/A DE	
PRIMO/A DE	

6. SOLO USO LABORATORIO GENÉTICA

RECIBIDO POR: _____	HORA: _____
ASIGNADO A: _____	TOMA CONOCIMIENTO: _____

CONSULTAS

SOLICITAR A geneticamolecular@ispch.cl, TELÉFONO 225755460, RED MINSAL 255460
SUBDEPARTAMENTO GENÉTICA MOLECULAR, INSTITUTO SALUD PÚBLICA DE CHILE
AVENIDA MARATHON 1000, COMUNA ÑUÑO A, SANTIAGO.