

# B1 - Formulario de Envío de Cepas

RG-12-211.00

Versión: 6

Fecha de Actualización: 01/04/2021

## 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

Establecimiento:	<input type="text"/>	Profesional Responsable:	<input type="text"/>
Dirección:	<input type="text"/>	Correo Laboratorio:	<input type="text"/>
Región:	<input type="text"/>	Fono Laboratorio:	<input type="text"/>
Ciudad/Localidad:	<input type="text"/>	Servicio de Salud:	<input type="text"/>
Comuna:	<input type="text"/>		

## Dirección de Despacho

Dirección:	<input type="text"/>	Tipo de Despacho:	<input type="text"/>
Región:	<input type="text"/>	Comuna:	<input type="text"/>
Ciudad/Localidad:	<input type="text"/>	Correo Laboratorio:	<input type="text"/>

## Examen Solicitado

Tipo de Examen:	<input type="text"/>
-----------------	----------------------

## Antecedentes de la Cepa

Fecha de obtención de la muestra * :	<input type="text"/> Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año	Fecha envío ISPCH:	<input type="text"/> Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año
Hora de obtención * :	<input type="text"/>	Observaciones:	<input type="text"/>
Tipo de Muestra:	<input type="text"/>		
Identificación de laboratorio:	<input type="text"/>		
Especie:	<input type="text"/>		
Nº Muestra Original:	<input type="text"/>		

## Antecedentes Clínicos/Epidemiológicos

Diagnóstico Clínico:	<input type="text"/>
Antecedentes Epidemiológico:	Seleccionar si corresponde a un Brote: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nº ID (Brote):	Especifique Otro: <input type="text"/>
Tipo de Paciente:	

## 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