Instituto de Salud Pública · Ministerio de Salud · Gobierno de Chile	**FORMULARIO DE SOLICITUD EXAMEN INMUNOLÓGICO**	Actualizado: 14-06-2022 Versión 12
Sección Inmunología		RG-25-222.00

IDENTIFICACIÓN Y DATOS DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ _____ _____
Nombres | Apellido Paterno | Apellido Materno

Fecha de Nacimiento: ☐☐☐ (dd mm aaaa) **R.U.T.:** ☐☐☐☐☐☐☐☐ — ☐ **Sexo:** ☐ M ☐ F

Previsión: FONASA A B C D Particular: ☐ Otro: ☐ _____

Tratamiento: Si ☐ No ☐
_____ _____ _____
Medicamento(s) | Dosis | Fecha última dosis

Diagnóstico clínico: _____

Dirección: _____ **Fono:** _____

PROCEDENCIA

Establecimiento: _____ **Servicio:** _____
Dirección: _____ **Fono:** _____ **Anexo:** _____

Profesional solicitante: _____ **R.U.T.:** ☐☐☐☐☐☐☐☐ — ☐

Firma y/o timbre: _____ **email** _____

EXAMENES (nombre de prestaciones y requisitos en ficha técnica www.ispch.cl)

Exámenes solicitados: _____
_____
_____

Fecha solicitud exámenes: ☐☐☐ (dd mm aaaa) **Objetivo exámenes:** Diagnóstico ☐ Control ☐

Motivo envío examen(es) a Laboratorio de Referencia:

No se realiza en el servicio ☐ No disponible por falta de reactivos ☐ No disponible por falta de personal ☐

Realizado en el servicio no es concluyente ☐ Otro (especificar): _____

IDENTIFICACIÓN CONTROL (Uso exclusivo Test de Dihridrodamina / Estallido respiratorio)

Nombre del Control: _____
Nombres | Apellido Paterno | Apellido Materno

Fecha de Nacimiento: ☐☐☐ (dd mm aaaa) **R.U.T.:** ☐☐☐☐☐☐☐☐ — ☐

DATOS DE TOMA DE MUESTRA

Toma de Muestra en ISP ☐ Toma de muestra Externa ☐

Fecha: _____ **Hora:** _____ **Nombre Profesional responsable:** _____

Tipo de muestra primaria: Sangre ☐ Suero ☐ LCR ☐ Orina ☐ Otro (especificar): _____

Sección Inmunología

Recepción del Laboratorio: Formulario ☐ Muestra ☐ Fecha ☐☐☐ (dd mm aaaa) Hora ☐☐ (h m)

Responsable Sección: _____

Observaciones: _____

USO INTERNO ISP

COMPLETAR TODOS LOS CAMPOS CON LETRA LEGIBLE

"La veracidad de los datos contenidos en este formulario es de responsabilidad del profesional que lo completa y envía"