

FORMULARIO PARA LA VIGILANCIA Y CONFIRMACIÓN DE CASOS DE HIDATIDOSIS HUMANA Y ESTUDIO DE CONTACTOS

1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

*FECHA ENVÍO

--	--	--

*APELLIDO PATERNO

*APELLIDO MATERNO

*NOMBRES

	-		FECHA DE NACIMIENTO	DÍA	MES	AÑO	SEXO	PREVISION
--	---	--	------------------------	-----	-----	-----	------	-----------

*DIRECCIÓN

TELÉFONO

NACIONALIDAD

ESTUDIO DE CONTACTO

2. PROCEDENCIA DE LA MUESTRA

* PROFESIONAL RESPONSABLE

* ESTABLECIMIENTO

SERVICIO

* DIRECCIÓN

CIUDAD

TELEFONO

* CORREO ELECTRONICO

3. ANTECEDENTES DE LA MUESTRA

*FECHA OBTENCIÓN

* TIPO DE MUESTRA:

HORA
OBTENCIÓN

* TÉCNICA REALIZADA:

ELISA

OTRA (indique):

*RESULTADO

LECTURA

PUNTO CORTE

*MARCA COMERCIAL

LOTE

ANTECEDENTES CLINICO/EPIDEMIOLÓGICOS

INSTRUCTIVO DE LLENADO DE FORMULARIO

- 1.- Completar cada casilla con letra imprenta, clara y legible. **Los datos con * son campos obligatorios.**
 - 2.- Enviar a Sección Recepción y Toma de muestras, Instituto de Salud Pública de Chile, Av. Marathon 1000, Santiago.
 - 3.- La recepción de muestras se realiza de lunes a viernes de 8:00 a 15:00 horas.
 - 4.- Se recomienda transportar en triple embalaje, según la norma ISP. (<http://www.ispch.cl/documento/13913>).
- Nota: No se procesarán las muestras que al recepcionar superen los 15 días desde su obtención.

USO EXCLUSIVO INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA

*UNIDAD DE RECAUDACIÓN
NÚMERO DE RECAUDACIÓN
TIMBRE RECAUDACIÓN

*UNIDAD RECEPCIÓN Y TOMA DE MUESTRAS
TIPO DE MUESTRA
TEMPERATURA MUESTRA
TIMBRE RECEPCIÓN ISP