

# B2 - Formulario de Envío muestras clínicas

Nº Registro: R6.211.00-013

Versión: 3

## Información del Paciente

Rut:   
Nombres:   
Apellido Paterno:   
Apellido Materno:   
Sexo:  Femenino  Masculino  
Fecha Nacimiento:  Día  Mes  Año  
Edad:  Años

Dirección:   
Región:   
Ciudad/Localidad:   
Comuna:   
Teléfono:   
Previsión:

## Datos de la Procedencia

Establecimiento:   
Dirección:   
Región:   
Ciudad/Localidad:   
Comuna:

Profesional Responsable:   
Correo Laboratorio:   
Fono Laboratorio:   
Fax Laboratorio:   
Servicio de Salud:

## Dirección de Despacho

Dirección:   
Región:   
Ciudad/Localidad:

Comuna:   
Correo Laboratorio:   
Fax Laboratorio:

## Exámen Solicitado

Exámen:

## Antecedentes de la Muestra

Fecha de obtención de la muestra \* :  Día  Mes  Año

Hora de obtención \* :

Tipo de Muestra:

Nº Muestra Original:

Fecha envío ISPCH:  Día  Mes  Año

Observaciones:

## Antecedentes Clínicos/Epidemiológicos

Diagnóstico Clínico:

Fecha Inicio de Diarrea:  Día  Mes  Año

Antecedentes Epidemiológico:

Seleccione si corresponde a un Brote:

Nº ID (Brote):

Especifique Otro:

Tipo de Paciente:

## Instrucciones

1. Recepción Lunes a Jueves de 8 a 16 hrs. Viernes de 8 a 15 hrs.
2. El transporte debe realizarse según Normativa de transporte de muestras ISPCH.
3. En caso de dudas consultar a Unidad de Recepción de Muestras, fono(56-2)25755187o Sección Bacteriología (56-2)25755421-25755433. Correo Electrónico bclinica@ispch.cl