



Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud

GCD-FDIP-01
Versión: 02

Solicitud de Exámenes de Leishmaniasis

Vigencia: 03-01-2023

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: _____ Cédula o Pasaporte: _____

Fecha Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Teléfono: _____

Dirección: Provincia: _____ Distrito: _____ Corregimiento: _____

Instalación de Salud: _____ Teléfono: _____

Lugares visitados los últimos tres meses: _____

Tiempo de evolución de la lesión (es) en días: _____ Número de Lesiones: _____

Tamaño de la Lesión: _____

Apariencia general de la lesión (es): _____

Historia Clínica: _____

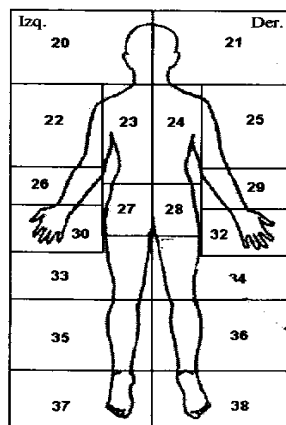
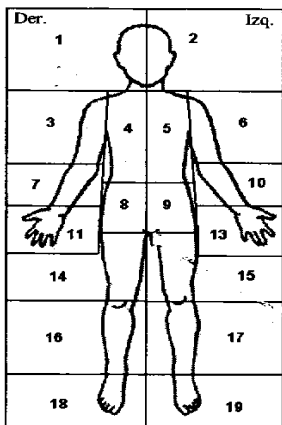
PRUEBAS SOLICITADAS

TIPO DE MUESTRA							PRUEBAS SOLICITADAS		
Lesiones /ubicación	Raspado	Biopsia Cutánea	Biopsia Mucocutánea	Hisopado Nasal	Aspirado	Otros	Frotis	Cultivo	PCR
1 /									
2 /									

SEÑALE Y NUMERE UBICACIÓN DE LA(S) LESIÓN (ES):

Anterior

Posterior



Nombre de quien tomó la Muestra	
Firma del responsable de la toma de muestra	
Fecha de toma de Muestra	
Hora de toma de Muestra	
Firma y Sello del médico solicitante	

SOLO PARA USO DE RECEPCIÓN Y TOMA DE MUESTRAS

Fecha de recibo de muestra: _____ Hora de recibo: _____ Recibido por: _____ Temperatura: _____

SOLO PARA USO DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN EN PARASITOLOGÍA

Fecha de recibo de muestra: _____ Hora de recibo: _____ Recibido por: _____

Observaciones: _____