

	<b>Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud</b>	GCR-FIV-23
		Versión: 02
	<b>Formulario de Envío de Muestras del Laboratorio Clínico a la Sección de Inmunovirología-LCRSP</b>	

**FECHA DE ENVÍO:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**PRUEBA(S) SOLITADA(S):**

- |                                    |   |                                 |
|------------------------------------|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> HIV 1/2   | <input type="checkbox"/> HEPATITIS B (Ag) | <input type="checkbox"/> HAV    |
| <input type="checkbox"/> HTLV I+II | <input type="checkbox"/> ANTI-HB CORE     | <input type="checkbox"/> HEV    |
| <input type="checkbox"/> SÍFILIS   | <input type="checkbox"/> HCV              | <input type="checkbox"/> CHAGAS |

**DATOS DEL PACIENTE**

\_\_\_\_\_  
 Primer Nombre      Segundo Nombre      Primer Apellido      Segundo Apellido

Nº Identificación: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      Edad: \_\_\_\_\_      Sexo: M       F

Instalación de Salud: \_\_\_\_\_

Información del Contacto: Dirección el paciente: \_\_\_\_\_

**RESULTADOS PREVIOS**

Pruebas	Metodología	Resultado	Fecha
<b>Primera</b>		Abs:                  Cut off:	
<b>Segunda</b>		Abs:                  Cut off:	

Observaciones:

\_\_\_\_\_

**DATOS DE LA MUESTRA**

Tipo de muestra: Suero

Fecha de toma de muestra: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Tecnólogo Médico Responsable: \_\_\_\_\_

Firma y Sello