



Hospital Base de Valdivia
Sub. Dpto. de Anatomía Patológica
Unidad de Citogenética
Av. Simpson 850, Valdivia
Fonos: 632263619/632263625
Email: secrecitom@gmail.com

SOLICITUD CARIOGRAMA

Nombre del paciente: _____ Rut: _____

Ficha clínica: _____ Previsión: _____ Edad: _____

Sexo: femenino masculino Otro Fecha de nacimiento: _____

Institución solicitante: Hospital de Puerto Montt Servicio clínico solicitante: _____

Para establecimiento externo, indicar datos de referente en Servicio de Laboratorio Clínico, para envío de informe:

Dra Reineria Hermosilla: rhermosilla@ssdr.gob.cl; laboratorioclinicohpm@ssdr.gob.cl; 652106
TM Tracy Gesell: tgesell@ssdr.gob.cl; 652105

Nombre médico solicitante: _____

Diagnóstico clínico: _____

Tratamiento que recibe, medicamentos en uso: _____

Tipo de muestra: Sangre periférica

Otra _____

Fecha toma de muestra

Fecha de solicitud

Firma médico solicitante