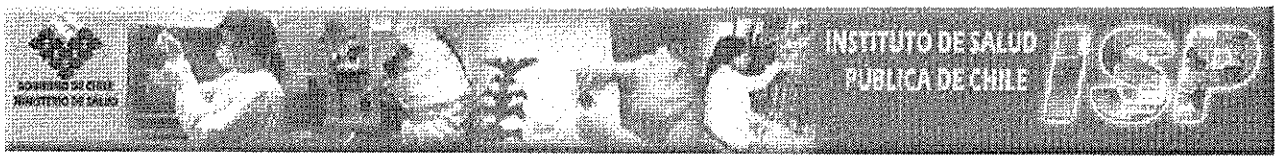

FORMULARIO ENVÍO DE MUESTRAS PARA SIDA PEDIÁTRICO

1.- IDENTIFICACION DEL NIÑO.

☐☐☐-☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐-☐

CLAVE (Letra inicial del primer nombre, letras iniciales del primero y segundo apellidos, 6 dígitos de la fecha de nacimiento, más los tres últimos dígitos del RUT con el código verificador)

Edad: ☐☐ AÑOS ☐☐ MESES ☐☐ DIAS SEXO M F

Médico solicitante:_____

Hospital: _____ Servicio: _____

Dirección: _____ Fono/Fax: _____

2.- IDENTIFICACIÓN DE MUESTRAS Y EXAMENES:

(Uso interno I.S.P.)

N° REGISTRO de Muestra

☐☐☐☐☐☐☐

☐☐☐☐☐☐☐

EXAMEN SOLICITADO

- ☐ Serología
- ☐ PCR
- ☐ Antigenemia

TIPO DE MUESTRA

- ☐ Sangre c/ EDTA
- ☐ Otros _____

Fecha de obtención de muestra

☐☐☐☐☐☐

N° de la Muestra

- ☐ Primera
- ☐ Segunda
- ☐ Tercera
- ☐ Otra

3.- INFORMACION CLINICA

GRUPO DE RIESGO

- ☐ Madre VIH +
- ☐ Padre VIH +
- ☐ Receptor Prod. Sanguíneos
- ☐ Otros (Especificar)_____

IDENTIFICACION PADRES (CLAVE)

☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐-☐

☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐-☐

N°DE REGISTRO I.S.P.

☐☐☐☐☐☐☐

☐☐☐☐☐☐☐

Asintomático ☐

Sintomático ☐

(Especificar) _____

Instrucciones:

1. Las muestras que no cumplan las instrucciones serán rechazadas por el ISP