



**FORMULARIO DE ENVÍO DE MUESTRAS
 ESTUDIO DE INFECCIONES POR ESPECIES
 DE *Plasmodium* (MALARIA)**

1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

*FECHA ENVÍO

--	--	--

--	--	--

*APELLIDO PATERNO

*APELLIDO MATERNO

*NOMBRES

-		FECHA DE NACIMIENTO	DIA	M	ES	AÑO	F M	SEXO	
---	--	---------------------	-----	---	----	-----	-----	------	--

*RUT

FECHA DE NACIMIENTO

DIA	M	ES	AÑO
-----	---	----	-----

F M
SEXO

PREVISION

*DIRECCIÓN

TELÉFONO

2. PROCEDENCIA DE LA MUESTRA

* PROFESIONAL RESPONSABLE

* ESTABLECIMIENTO

SERVICIO

* DIRECCIÓN

CIUDAD

TELEFONO

FAX

MAIL

3. ANTECEDENTES DE LA MUESTRA

*FECHA OBTENCIÓN

--	--	--

* TIPO DE MUESTRA:

SANGRE/EDTA

FROTIS/GOTA GRUESA

HORA OBTENCIÓN

* TEMPERATURA AL MOMENTO DE LA TOMA DE MUESTRA

°C

4. ANTECEDENTES CLÍNICOS

VIAJES AL EXTRANJERO

SI

NO

LUGAR Y FECHA

USO DE PROFILAXIS

SI

NO

FÁRMACO EMPLEADO

RESUMEN HISTORIA CLÍNICA QUE APOYAN LA SOSPECHA DE INFECCIÓN

INSTRUCTIVO DE LLENADO DE FORMULARIO

- 1.- Completar cada casilla con letra imprenta, clara y legible. Los datos con * son campos obligatorios.
 - 2.- Enviar a Sección Recepción y Toma de muestras, Instituto de Salud Pública de Chile, Av. Marathon 1000, Santiago.
 - 3.- La recepción de muestras se realiza de lunes a viernes de 8:00 a 15:00 horas.
 - 4.- Se recomienda transportar en triple embalaje, según la norma ISP. (<http://www.ispch.cl/documento/13913>).
- Nota: No se procesarán las muestras que al recepcionar superen los 15 días desde su obtención.

USO EXCLUSIVO INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA

*UNIDAD DE RECAUDACIÓN
 NÚMERO DE RECAUDACIÓN
 TIMBRE RECAUDACIÓN

*UNIDAD RECEPCIÓN Y TOMA DE MUESTRAS
 TIPO DE MUESTRA
 TEMPERATURA MUESTRA
 TIMBRE RECEPCIÓN ISP