

SOLICITUD DE EXAMEN DE DETECCION VIH

FECHA SOLICITUD: ____/____/____

Screening para Anticuerpo/Antígeno anti Virus Inmunodeficiencia Humana (VIH)	
Prueba de Identidad para Screening Anticuerpo/Antígeno anti VIH	

DATOS DEL PACIENTE

CODIGO DE IDENTIFICACION

NOMBRES _____

APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO _____

RUT

FECHA NACIMIENTO SEXO M F

NACIONALIDAD _____ PERTENENCIA ETNICA SI NO

DIRECCION _____

TELEFONO 1 TELEFONO 2

PREVISION _____

NOMBRE ESTABLECIMIENTO SOLICITANTE	APS	
	CDT-CRS	
	HOSPITAL	
UNIDAD CLINICA SOLICITANTE		

ESTABLECIMIENTO APS DE INSCRIPCION	
------------------------------------	--

DIAGNOSTICO	
-------------	--

MOTIVO DE SOLICITUD

GESTANTE		PEDIATRIA URGENCIA		UNACESS (AMBULATORIO)		CONTROL CLIMATERIO	
TRABAJO DE PARTO		ADULTO HOSPITALIZADO		OTRAS ESPECIALIDADES		CONTROL NIÑO SANO	
PUERPERA		PEDIATRIA HOSPITALIZADO		EXAMEN MEDICO PREVENTIVO		CONSULTA ESPONTANEA	
RN MADRE VIH		PACIENTE DIALIZADO		CONTROL FECUNDIDAD		DONANTE ORGANOS	
ADULTO URGENCIA		INFECTOLOGIA (AMBULATORIO)		CONTROL GINECOLOGICO		OTROS:	

DATOS PROFESIONAL RESPONSABLE DE LA SOLICITUD DE EXAMEN

NOMBRE Y APELLIDOS _____

RUT

ORIENTACION Y EDUCACION PRE TEST: SI NO FECHA ____/____/____

CONSENTIMIENTO INFORMADO SI NO FECHA ____/____/____

TOMA DE MUESTRA

CODIGO MUESTRA (SURVIH)														
-------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FECHA TOMA DE MUESTRA ____/____/____ FECHA ENVIO A LABORATORIO ____/____/____

LABORATORIO DE ANALISIS **LABORATORIO CLINICO COMPLEJO HOSPITALARIO SAN JOSE DE MAIPO**

RESPONSABLE TOMA DE MUESTRA

NOMBRE Y APELLIDOS _____

RUT