



ESTABLECIMIENTO

PROCEDENCIA

**SOLICITUD EXAMEN VIROLÓGICO VIH v2**  
**LABORATORIO CLINICO HOSP. SAN FERNANDO**

**1. IDENTIFICACIÓN**

NOMBRE (AMBOS NOMBRES, APELLIDO PATERNO Y MATERNO)

RUT

FICHA

EDAD

SEXO F  M

TELEFONO

DIRECCION

**CODIGO**

INICIAL PRIMER NOMBRE	INICIAL APELLIDO PATERNO	INICIAL APELLIDO MATERNO	FECHA DE NACIMIENTO (DIA-MES-AÑO)	TRES ULTIMOS DIGITOS DEL RUT+CODIGO VERIFICADOR
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CODIGO TOMA DE MUESTRA (SUR VIH)

**2. GRUPO DE PESQUISA**

Semanas de Gestación	<input type="checkbox"/> Gestante Primer Examen	<input type="checkbox"/> Control Salud Ciclo Vital
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Gestante Segundo Examen	<input type="checkbox"/> Control TBC
	<input type="checkbox"/> Mujer en Trabajo Pre Parto o Parto	<input type="checkbox"/> Violencia sexual
	<input type="checkbox"/> Control Comercio Sexual	<input type="checkbox"/> Accidente Cortopunzante Fuente
	<input type="checkbox"/> Paciente en Dialisis	<input type="checkbox"/> Acc. Cortopunzante personal de Salud
	<input type="checkbox"/> Consulta ITS	<input type="checkbox"/> Pareja de Gestante VIH Positivo
	<input type="checkbox"/> Control Fecundidad, Ginecologico, Cli	<input type="checkbox"/> Control por Hepatitis B / Hepatitis C
	<input type="checkbox"/> Personas con EMP	<input type="checkbox"/> Morbilidad
	<input type="checkbox"/> Prueba de Identidad (2 M)	<input type="checkbox"/> Consulta Espontanea

**3. PROFESIONAL QUE SOLICITA EL EXAMEN (NOMBRE Y FIRMA)**

**4. PRECONSEJERIA REALIZADA POR (NOMBRE Y FIRMA)**

**5. CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE O REPRESENTANTE**

Libre y voluntariamente autorizo la realizacion del examen VIH, luego de haber recibido informacion, orientacion y apoyo antes de realizar el examen. **Me comprometo a concurrir voluntariamente a saber el resultado del examen en el plazo que se ha indicado durante la consejería.**

NOMBRE DEL REPRESENTANTE	FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE
<input type="text"/>	<input type="text"/>

**6. FECHA**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_