

CONDICIÓN DE EGRESO DEL PACIENTE

Restablecido (vivo)

☐

Transferido

☐

Alta solicitada

☐

Fecha del alta

Día

Mes

Año

Fallecido

☐

Fecha de fallecimiento

Día

Mes

Año

V DATOS DE LABORATORIO (UTILIZAR LA CODIFICACIÓN PARA COMPLETAR TODOS LOS RECUADROS)

Tipo de Muestra	Fecha de recolección de la muestra	Fecha de envío a laboratorio	Fecha de recepción en laboratorio	Fecha de envío de resultado	Resultado
	<div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div>Día</div><div>Mes</div><div>Año</div></div>	<div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div>Día</div><div>Mes</div><div>Año</div></div>	<div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div>Día</div><div>Mes</div><div>Año</div></div>	<div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div>Día</div><div>Mes</div><div>Año</div></div>	
	<div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div>Día</div><div>Mes</div><div>Año</div></div>	<div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div>Día</div><div>Mes</div><div>Año</div></div>	<div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div>Día</div><div>Mes</div><div>Año</div></div>	<div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div>Día</div><div>Mes</div><div>Año</div></div>	

Genotipo

Si se ha confirmado otra causa, especifique

Laboratorio

que procesa las muestras

Lab de referencia

☐

Lab de Referencia Nacional

☐

NOTA:

Investigador:

Nombre:

Cargo:

Firma y sello:

Correo electrónico.

Teléfono / Celular

Fecha de Investigación:

Día

Mes

Año

Comentarios: