

SOLICITUD DE EXAMEN

1. Fecha De Solicitud: VDRL / RPR / MHA-TP (*)

2. Identificación del usuario (*) Sólo válido para Policlínicos ITS

Nombre: _____

Previsión: _____

RUT: _____ - Edad: _____ Sexo: **F** **M**

Ficha: _____ Procedencia: _____

Domicilio: _____

Comuna: _____ Teléfono: _____

Identifique con una X	
Paciente Extranjero (país de origen)	
Paciente Transexual Masculino	
Paciente Transexual Femenino	
Paciente Pueblo Originario	

3. Grupo de Pesquisa (OBLIGATORIO REM)

Gestantes	I Trim.	II Trim.	III Trim.	S/R
-----------	---------	----------	-----------	-----

GESTANTES EN SEGUIMIENTO POR DIAGNOSTICO SIFILIS	
PAREJA DE GESTANTE CON SEROLOGÍA REACTIVA	
MUJERES QUE INGRESAN A MATERNIDAD POR PARTO	
MUJERES QUE INGRESAN POR ABORTO	
MUJERES EN CONTROL GINECOLOGICO	
RN Y LACTANTE PARA DETECCIÓN DE SIFILIS CONGENITA	
PERSONAS EN CONTROL POR COMERCIO SEXUAL	
PERSONAS EN CONTROL FECUNDIDAD	
CONSULTANTES POR ITS	
PERSONAS CON EMP/EMPAM	
DONANTES DE SANGRE	
DONANTES DE ORGANOS Y/O TEJIDOS	
PACIENTES EN DIÁLISIS	
VVS	

SOLICITUD DE EXAMEN

1. Fecha De Solicitud: VDRL / RPR / MHA-TP (*)

2. Identificación del usuario (*) Sólo válido para Policlínicos ITS

Nombre: _____

Previsión: _____

RUT: _____ - Edad: _____ Sexo: **F** **M**

Ficha: _____ Procedencia: _____

Domicilio: _____

Comuna: _____ Teléfono: _____

Identifique con una X	
Paciente Extranjero (país de origen)	
Paciente Transexual Masculino	
Paciente Transexual Femenino	
Paciente Pueblo Originario	

3. Grupo de Pesquisa (OBLIGATORIO REM)

Gestantes	I Trim.	II Trim.	III Trim.	S/R
-----------	---------	----------	-----------	-----

GESTANTES EN SEGUIMIENTO POR DIAGNOSTICO SIFILIS	
PAREJA DE GESTANTE CON SEROLOGIA REACTIVA	
MUJERES QUE INGRESAN A MATERNIDAD POR PARTO	
MUJERES QUE INGRESAN POR ABORTO	
MUJERES EN CONTROL GINECOLOGICO	
RN Y LACTANTE PARA DETECCIÓN DE SIFILIS CONGENITA	
PERSONAS EN CONTROL POR COMERCIO SEXUAL	
PERSONAS EN CONTROL FECUNDIDAD	
CONSULTANTES POR ITS	
PERSONAS CON EMP	
DONANTES DE SANGRE	
DONANTES DE ORGANOS Y/O TEJIDOS	
PACIENTES EN DIÁLISIS	
VVS	



DPTO. DE GESTIÓN DE
PROGRAMAS DE SALUD
PROGRAMA VIH/SIDA E ITS

1. PROFESIONAL SOLICITANTE:

RUT: _____

Firma del Solicitante _____

Fecha de toma de Muestra: _____



DPTO. DE GESTIÓN DE
PROGRAMAS DE SALUD
PROGRAMA VIH/SIDA E ITS

1. PROFESIONAL SOLICITANTE:

RUT: _____

Firma del Solicitante _____

Fecha de toma de Muestra: _____

