## SOLICITUD DE EXAMEN

1. Fecha De Solicitud: 2. Identificación del usuario Nombre:	VDRL / RPR / MHA- (*) Sólo válido para Policlíni		1. Fecha De Solicitud: 2. Identificación del us	uario (*) Sólo válido	PR / MHA-TP (*) o para Policlínicos ITS	
Previsión:			Nombre: Previsión:			
RUT:				Edad:		
Ficha:				Procedencia: _		
Domicilio:						
Comuna:Te	eléfono:		Comuna:	Teléfono:		
Paciente Extranjero (paciente Transexual M Paciente Transexual F Paciente Transexual F Paciente Pueblo Origin B. Grupo de Pesquisa (OBLIGA	lasculino emenino nario		Paciente Extra Paciente Tran Paciente Tran Paciente Pueb	dentifique con una X anjero (país de origen) sexual Masculino sexual Femenino olo Originario  OBLIGATORIO REM		
Gestantes I Trim.	II Trim.	S/R	Gestantes I	Trim. II Trim. I	II Trim. S/R	
GESTANTES EN SEGUIMIENTO POR I	DIAGNOSTICO SIFILIS		GESTANTES EN SEGUIMIEN	NTO POR DIAGNOSTICO SIFI	ILIS	
PAREJA DE GESTANTE CON SEROLOGÍA REACTIVA			PAREJA DE GESTANTE CON SEROLOGIA REACTIVA			
MUJERES QUE INGRESAN A MATERNIDAD POR PARTO			MUJERES QUE INGRESAN A MATERNIDAD POR PARTO			
MUJERES QUE INGRESAN POR ABORTO			MUJERES QUE INGRESAN POR ABORTO			
MUJERES EN CONTROL GINECOLOGICO			MUJERES EN CONTROL GINECOLOGICO			
RN Y LACTANTE PARA DETECCIÓN DE SIFILIS CONGENITA			RN Y LACTANTE PARA DET	ECCIÓN DE SIFILIS CONGI	ENITA	
PERSONAS EN CONTROL POR COME	ERCIO SEXUAL		PERSONAS EN CONTROL F	POR COMERCIO SEXUAL		
PERSONAS EN CONTROL FECUNDIDAD			PERSONAS EN CONTROL FECUNDIDAD			
CONSULTANTES POR ITS			CONSULTANTES POR ITS	CONSULTANTES POR ITS		
PERSONAS CON EMP/EMPAM			PERSONAS CON EMP			
DONANTES DE SANGRE			DONANTES DE SANGRE			
DONANTES DE ORGANOS Y/O TEJIDOS			DONANTES DE ORGANOS	DONANTES DE ORGANOS Y/O TEJIDOS		
PACIENTES EN DIÁLISIS			PACIENTES EN DIÁLISIS			
/VS			VVS			

SOLICITUD DE EXAMEN



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

Thompson Nº 86; Talcahuano / Fono 2722236 Fax

2722237

www.sstalcahuano.cl 2012.



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

Thompson Nº 86; Talcahuano / Fono 2722236 Fax

2722237

www.sstalcahuano.cl 2012.

1. PROFESIONAL SOLICITANTE:	1. PROFESIONAL SOLICITANTE:		
RUT:			
Firma del Solicitante  Fecha de toma de Muestra:	Firma del SolicitanteFecha de toma de Muestra:		