

# SOLICITUD DE EXÁMEN PARA LA DETECCIÓN DE ANTICUERPOS PARA VIH

La siguiente solicitud requiere Información previa al usuario sobre el VIH, riesgos y proceso de la muestra,  
CONSEJERÍA post test y CONSENTIMIENTO INFORMADO QUE DEBE PERMANECER EN LA FICHA DEL  
PACIENTE.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Inicial primer nombre	Inicial apellido paterno	Inicial apellido materno	FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AA)			RUT (últimos tres dígitos)			RUT Dígito Verificador	
M / F		Prueba de Identidad no Genera código SURVIH					SI		NO	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>		<input type="text"/>		
EDAD	SEXO (M / F)	PREVISION	CODIGO SURVIH			PRUEBA DE IDENTIDAD				

GES

SI	NO
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Identifique con una X o letras según corresponda	
Paciente Extranjero (país de origen)	
Paciente Transexual Masculino	
Paciente Transexual Femenino	
Paciente Pueblo Originario, cual.	

## 1.- Identificación del usuario.

Nombre: \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Establecimiento: \_\_\_\_\_ Servicio clínico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Comuna: \_\_\_\_\_

## 2.- Grupos de Usuarios (Obligatorio REM):

1° EXAMEN GESTANTE (____SEMANAS)		PACIENTE EN DIÁLISIS	
2° EXAMEN GESTANTE (____SEMANAS)		PERSONAS CON EMP/EMPAM	
MUJER EN TRABAJO PREPARTO O PARTO.		DONANTE DE ÓRGANOS Y/O TEJIDOS	
CONTROL DE REGULACIÓN FECUNDIDAD, GINECOLÓGICO O CLIMATERIO.		EN CONTROL DE SALUD SEGÚN CICLO VITAL	
POR CONSULTA ITS		CONSULTANTE POR MORBILIDAD	
PERSONA EN CONTROL POR COMERCIO SEXUAL		PERSONA EN CONTROL POR TBC	
VVS		CONSULTA ESPONTÁNEA	
PAREJA SERODISCORDANTE		PERSONA EN CONTROL POR HEPATITIS B	
PAREJA DE GESTANTE VIH POSITIVO		PERSONA EN CONTROL POR HEPATITIS C	
PERSONAL DE SALUD EXPUESTO A ACCIDENTE CORTOPUNZANTE		PACIENTE FUENTE DE ACCIDENTE CORTOPUNZANTE	

3. Datos Clínicos: Factores de riesgo: \_\_\_\_\_ Sintomático: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

PROFESIONAL SOLICITANTE: \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_

Fecha Solicitud del Examen: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma Solicitante: \_\_\_\_\_

Fecha de toma de Muestra: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**ORDEN INCOMPLETA O ESCRITA CON LETRA ILEGIBLE ES CAUSA DE "NO CONFORMIDAD" Y DE RECHAZO PARA SU ANÁLISIS**