

	PROCESO SERVICIO DE APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPÉUTICO		
	SUBPROCESO LABORATORIO CLINICO		
	FORMATO	REGISTRO DIARIO DE LEISHMANIA	

IPS:	MES
------	-----

FECHA TOMA DE MUESTRA	NOMBRE DEL PACIENTE	EDAD	DOCUMENTO	DIRECCION	TELEFONO	FECHA INICIO SINTOMAS	DIAMETRO DE LESION	LUGAR DE LESION	TIPO DE MUESTRA	RESULTADO DE LABORATORIO	FECHA DE ENVIO DE LAMINA LDSP	RESULTADO DEL LDSP	ACCION TOMADA POR INCONCORDANCIA