

FICHA DE REGISTRO DE MUESTRA DE CAPTURA HIBRIDA - HPV

DATOS DEL PACIENTE

| | | | |
|-----------------------------------|----------------------|--------------------------------|--------------------------|
| AP PATERNO | AP MATERNO | NOMBRES | CÓDIGO MUESTRA |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| SEXO <input type="checkbox"/> M | FECHA NAC dd | EDAD aa | DNI <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> F | mm | aa | <input type="text"/> |
| CORREO | | TELÉFONO FIJO | CELULAR |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| DIRECCION <input type="text"/> | | | |
| DEPARTAMENTO <input type="text"/> | | PROVINCIA <input type="text"/> | |
| DISTRITO <input type="text"/> | | LOCALIDAD <input type="text"/> | |

DATOS DE LA MUESTRA

| | |
|---------------------------------------|----------------------|
| FECHA OBTENCIÓN DE LA MUESTRA | <input type="text"/> |
| | dd mm aa |
| FECHA RECEPCIÓN DEL LABORATORIO | <input type="text"/> |
| | dd mm aa |
| ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN | <input type="text"/> |
| ESTABLECIMIENTO DE ENVIO (DIGITACIÓN) | <input type="text"/> |

DATOS DEL PERSONAL QUE TOMÓ LA MUESTRA

| | |
|--------------------------------|------------------------------|
| APELLIDOS <input type="text"/> | NOMBRES <input type="text"/> |
| TELÉF <input type="text"/> | |

DATOS CLÍNICOS

| | | | | | |
|--|--------------------------|----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------|
| ULTIMA REGLA <input type="text"/> | dd mm aa | AMENORREA <input type="text"/> | si no | EMBARAZADA <input type="text"/> | si no |
| MÉTODO ANTICONCEPTIVO <input type="text"/> | si no | <input type="text"/> | tipo | | |
| EXAMEN GINECOLÓGICO | <input type="checkbox"/> | Anormal <input type="checkbox"/> | Normal <input type="checkbox"/> | | |
| COLPOSCOPIA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| DIAGNÓSTICO ANTERIOR | <input type="text"/> | | | | |
| FECHA DX. ANTERIOR | <input type="text"/> | dd mm aa | | | |

FICHA DE REGISTRO DE MUESTRA DE CAPTURA HIBRIDA - HPV

DATOS DEL PACIENTE

| | | | |
|-----------------------------------|----------------------|--------------------------------|--------------------------|
| AP PATERNO | AP MATERNO | NOMBRES | CÓDIGO MUESTRA |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| SEXO <input type="checkbox"/> M | FECHA NAC dd | EDAD aa | DNI <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> F | mm | aa | <input type="text"/> |
| CORREO | | TELÉFONO FIJO | CELULAR |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| DIRECCION <input type="text"/> | | | |
| DEPARTAMENTO <input type="text"/> | | PROVINCIA <input type="text"/> | |
| DISTRITO <input type="text"/> | | LOCALIDAD <input type="text"/> | |

DATOS DE LA MUESTRA

| | |
|---------------------------------------|----------------------|
| FECHA OBTENCIÓN DE LA MUESTRA | <input type="text"/> |
| | dd mm aa |
| FECHA RECEPCIÓN DEL LABORATORIO | <input type="text"/> |
| | dd mm aa |
| ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN | <input type="text"/> |
| ESTABLECIMIENTO DE ENVIO (DIGITACIÓN) | <input type="text"/> |

DATOS DEL PERSONAL QUE TOMÓ LA MUESTRA

| | |
|--------------------------------|------------------------------|
| APELLIDOS <input type="text"/> | NOMBRES <input type="text"/> |
| TELÉF <input type="text"/> | |

DATOS CLÍNICOS

| | | | | | |
|--|--------------------------|----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------|
| ULTIMA REGLA <input type="text"/> | dd mm aa | AMENORREA <input type="text"/> | si no | EMBARAZADA <input type="text"/> | si no |
| MÉTODO ANTICONCEPTIVO <input type="text"/> | si no | <input type="text"/> | tipo | | |
| EXAMEN GINECOLÓGICO | <input type="checkbox"/> | Anormal <input type="checkbox"/> | Normal <input type="checkbox"/> | | |
| COLPOSCOPIA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| DIAGNÓSTICO ANTERIOR | <input type="text"/> | | | | |
| FECHA DX. ANTERIOR | <input type="text"/> | dd mm aa | | | |