



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
LABORATORIO REFERENCIAL REGIONAL DE SALUD PÚBLICA  
FICHA DE REGISTRO DE MUESTRAS PARA PSA



CÓDIGO DE LA MUESTRA

RED:

ESTABLECIMIENTO:

SEGURO

PROFESIONAL DE LA SALUD

DATOS DEL PACIENTE

AP PATERNO

AP MATERNO

NOMBRES

SEXO: M

FECHA NAC

dd mm aa

EDAD

DNI

CELULAR

DIRECCIÓN

DEPARTAMENTO

PROVINCIA

DISTRITO

DATOS DE LA MUESTRA

FECHA OBTENCIÓN DE LA MUESTRA

FECHA RECEPCIÓN DEL LABORATORIO

DATOS DEL PERSONAL QUE TOMÓ LA MUESTRA

APELLIDOS

NOMBRES

TELÉF

FIRMA DEL PROFESIONAL



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
LABORATORIO REFERENCIAL REGIONAL DE SALUD PÚBLICA  
FICHA DE REGISTRO DE MUESTRAS PARA PSA



CÓDIGO DE LA MUESTRA

RED:

ESTABLECIMIENTO:

SEGURO

PROFESIONAL DE LA SALUD

DATOS DEL PACIENTE

AP PATERNO

AP MATERNO

NOMBRES

SEXO: M

FECHA NAC

dd mm aa

EDAD

DNI

CELULAR

DIRECCIÓN

DEPARTAMENTO

PROVINCIA

DISTRITO

DATOS DE LA MUESTRA

FECHA OBTENCIÓN DE LA MUESTRA

FECHA RECEPCIÓN DEL LABORATORIO

DATOS DEL PERSONAL QUE TOMÓ LA MUESTRA

APELLIDOS

NOMBRES

TELÉF

FIRMA DEL PROFESIONAL