

SOLICITUD PARA EL DIAGNOSTICO DE INFECCIÓN POR VIH
DATOS DE PROCEDENCIA

Fecha ___ / ___ / ___

Región Sanitaria _____

CODIGO DE PACIENTE _____

H.C. N° _____

Hospital de Procedencia _____

Médico Solicitante _____

A llenar por el Laboratorio: Extracción de la muestra ___ / ___ / ___

N° procedencia _____

VIA DE TRANSMISION PROBABLE

Transmisión sexual

___ / ___ / ___

Adicción a drogas

Antecedentes ITS

___ / ___ / ___

Transfusión sanguínea: Fecha

Hemodializado

Accidente corto/punzante: Fecha

Control de embarazo: semana de gestación N° _____

Otra

ESTUDIOS PREVIOS

N° Protocolo anterior: _____ Resultado: _____

Método _____ Abs. _____ C.O _____

OBSERVACIONES

FIRMA Y SELLO