

**MINISTERIO DE SALUD – CAJA DE SEGURO SOCIAL – SECTOR PRIVADO – ICGES
FORMULARIO DE SOLICITUD Y REPORTE DE PRUEBA DE VIH**

Examen solicitado por: _____ Fecha de solicitud: ____/____/____
 Nombre del personal de salud _____ D M A

Instalación de Salud:		Hospitalizado <input type="checkbox"/>		Ambulatorio <input type="checkbox"/>		Asintomático <input type="checkbox"/>	
Región de Salud:		Sala _____		Cama _____		Sintomático <input type="checkbox"/>	
Nombre Completo							
Fecha de Nacimiento		Edad		Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Orientación sexual	
____/____/____ D M A				HT <input type="checkbox"/>		GY <input type="checkbox"/> HSH <input type="checkbox"/> → BI <input type="checkbox"/> → TRS <input type="checkbox"/> MSM <input type="checkbox"/>	
Cédula ó Pasaporte		No. Historia Clínica		Tel. Casa Correo Elec.		Asegurado <input type="checkbox"/> No Asegurado <input type="checkbox"/>	
						Discapacidad: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Tel. Trabajo		Tel. Celular					
Provincia		Distrito		Corregimiento		Residencia Permanente	
Grupo poblacional: Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Mestizo <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>							
Si es indígena: Kuna <input type="checkbox"/> Ngabe Bugle <input type="checkbox"/> Embera <input type="checkbox"/> Bri Bri <input type="checkbox"/> Wounaan <input type="checkbox"/> Naso <input type="checkbox"/>							

MOTIVO DE LA SOLICITUD				F.R.			
Embarazo 1ra Pba. <input type="checkbox"/>	Solicitud del paciente <input type="checkbox"/>	Exposición Ocupacional <input type="checkbox"/>	VP <input type="checkbox"/>	Embarazo 2da Pba <input type="checkbox"/>	Investigaciones Judiciales <input type="checkbox"/>	Pre-Operatorio <input type="checkbox"/>	TS <input type="checkbox"/>
Donantes <input type="checkbox"/>	y Médico Legales <input type="checkbox"/>	PPL <input type="checkbox"/>	UDI <input type="checkbox"/>	Control de Salud <input type="checkbox"/>	ITS <input type="checkbox"/>	Transfusión <input type="checkbox"/>	ODG <input type="checkbox"/>
Matrimonio <input type="checkbox"/>	TB <input type="checkbox"/>	CT de ITS <input type="checkbox"/>	No Preservativo <input type="checkbox"/>	CT de VIH <input type="checkbox"/>	Otros: _____ <input type="checkbox"/>	Exposición Perinatal <input type="checkbox"/>	Desconocido <input type="checkbox"/>
				Otros: _____ <input type="checkbox"/>			

LLENADO POR EL PACIENTE

Recibí orientación acerca del VIH Acepto se me realice Sí _____
 Sí No la prueba de VIH: Firma del paciente o su representante legal Cédula

No _____
 Firma del paciente o su representante legal Cédula

PARA USO EXCLUSIVO DEL LABORATORIO CLÍNICO LOCAL Y/O REGIONAL

Nota: en las instalaciones que tienen reportes electrónicos se anexará la hoja de resultado y el paciente firmará de enterado por el médico tratante.

Fecha de toma de muestra		Fecha de recibo de muestra	Fecha de envío de muestra al LCRSP	N° de Muestra
Nombre del que toma la muestra				
PRUEBA RÁPIDA	1. RESULTADO			
PRUEBA DE ELISA U OTRAS METODOLOGIAS	1. RESULTADO:	Abs.	Cut off.	
	2. RESULTADO:	Abs.	Cut off.	
OBSERVACIONES:				
Firma y Sello del Tecnólogo Médico			Fecha de Informe:	

Resultado informado Sí _____ Fecha: _____
 de la prueba de VIH: Firma del paciente o su representante legal Cédula