

INGRESO DE MUESTRAS AL LABORATORIO



Facultad de Medicina
Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo
Centro de Genética Humana

PACIENTE

F. Ingreso (DD/MM/AA): ID MUESTRA:

Apellido Paterno: Apellido Materno:

Nombres: RUT:

MUESTRA

F. Nac. (DD/MM/AA):

- Sangre/
 Sangre/EDTA
 Saliva (FTA Card)
 Otro,

Solicitado por: Centro:

Correo electrónico: Fono:

Dirección envío resultados:

EXÁMENES

examen	código	examen	código
<input type="checkbox"/> Extracción ADN 250 uL	2220101	<input type="checkbox"/> Extracción ADN 4 mL	2220102
<input type="checkbox"/> FQ (36 mutaciones)	2220103	<input type="checkbox"/> PCR genérico, <input type="text"/>	2220104
<input type="checkbox"/> Sordera congénita (GJB2-35delG)	2220105	<input type="checkbox"/> Sordera congénita (GJB6-dels)	2220106
<input type="checkbox"/> alfa-1-antitripsina (S y Z)	2220107	<input type="checkbox"/> del32-CCR5	2220108
<input type="checkbox"/> MELAS (MTTL1-A3243G)	2220105	<input type="checkbox"/> NARP (MTATP6-T8993G)	2220105
<input type="checkbox"/> FQ (CFTR-DF508)	2220105	<input type="checkbox"/> ECA	2220106
<input type="checkbox"/> Distrofia Miotónica Tipo I	2220112	<input type="checkbox"/> Act. Persistencia de Lactasa	2220113
<input type="checkbox"/> Envío externo, Ex. Lab. destino	2220109	<input type="checkbox"/> Otro : <input type="text"/>	
Fecha envío:	<input type="text"/>	Tracking #:	<input type="text"/>

Razón Social o Apellido Paterno: Giro o Apellido Materno:

Nombres: RUT:

Calle: Número: Depto/Casa:

Comuna: Ciudad:

Correo electrónico: Teléfono 1: Teléfono 2:

SEGUIMIENTO

- Examen realizado el: ___ / ___ / ___
 Informado el: ___ / ___ / ___
 Facturado el: ___ / ___ / ___
 N° Factura: _____
 Examen pagado el: ___ / ___ / ___
 Examen enviado el: ___ / ___ / ___