



Ministerio de Salud Pública  
Dirección General de Epidemiología  
Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica



**Formulario de registro y recepción de muestras de humanos (VEF-4A/2013)**

Nombre del Centro de Salud: \_\_\_\_\_ Persona que remite las muestras: \_\_\_\_\_  
 Dirección Provincial de Salud \_\_\_\_\_ Fecha de envío de muestras: \_\_\_\_\_

| DATOS DE LA PERSONA ENFERMA |                   |                       |      |   |                         |                             |                   | PARA USO EXCLUSIVO DEL LABORATORIO |                |                         |                  |                               |           |
|-----------------------------|-------------------|-----------------------|------|---|-------------------------|-----------------------------|-------------------|------------------------------------|----------------|-------------------------|------------------|-------------------------------|-----------|
| No. expediente en SIE       | Nombre y apellido | Enfermedad sospechada | Edad |   | Tipo de muestra enviada | Fecha de inicio de síntomas | Fecha de atención | Fecha de toma de muestra           | Código muestra | Condición de la muestra | Fecha de proceso | Fecha de entrega de resultado | Resultado |
|                             |                   |                       | M    | F |                         |                             |                   |                                    |                |                         |                  |                               |           |
|                             |                   |                       |      |   |                         |                             |                   |                                    |                |                         |                  |                               |           |
|                             |                   |                       |      |   |                         |                             |                   |                                    |                |                         |                  |                               |           |
|                             |                   |                       |      |   |                         |                             |                   |                                    |                |                         |                  |                               |           |
|                             |                   |                       |      |   |                         |                             |                   |                                    |                |                         |                  |                               |           |
|                             |                   |                       |      |   |                         |                             |                   |                                    |                |                         |                  |                               |           |
|                             |                   |                       |      |   |                         |                             |                   |                                    |                |                         |                  |                               |           |
|                             |                   |                       |      |   |                         |                             |                   |                                    |                |                         |                  |                               |           |
|                             |                   |                       |      |   |                         |                             |                   |                                    |                |                         |                  |                               |           |
|                             |                   |                       |      |   |                         |                             |                   |                                    |                |                         |                  |                               |           |
|                             |                   |                       |      |   |                         |                             |                   |                                    |                |                         |                  |                               |           |
|                             |                   |                       |      |   |                         |                             |                   |                                    |                |                         |                  |                               |           |
|                             |                   |                       |      |   |                         |                             |                   |                                    |                |                         |                  |                               |           |
|                             |                   |                       |      |   |                         |                             |                   |                                    |                |                         |                  |                               |           |
|                             |                   |                       |      |   |                         |                             |                   |                                    |                |                         |                  |                               |           |
|                             |                   |                       |      |   |                         |                             |                   |                                    |                |                         |                  |                               |           |
|                             |                   |                       |      |   |                         |                             |                   |                                    |                |                         |                  |                               |           |
|                             |                   |                       |      |   |                         |                             |                   |                                    |                |                         |                  |                               |           |

**PARA USO EXCLUSIVO DEL LABORATORIO**

Número de muestras recibidas \_\_\_\_\_ Sangre total: \_\_\_\_\_ Suero: \_\_\_\_\_ LCR: \_\_\_\_\_ Heces: \_\_\_\_\_ Orina: \_\_\_\_\_ Espudo \_\_\_\_\_ Otras \_\_\_\_\_

Recibidas por: \_\_\_\_\_ Fecha de recibo: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_ ( )AM ( )PM Entregada por: \_\_\_\_\_

Laboratorio de destino: \_\_\_\_\_

Recibidas por: \_\_\_\_\_ Fecha de recibo: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_ ( )AM ( )PM Entregada por: \_\_\_\_\_

COMENTARIOS