Anexo N° 2 a) FORMATO ENTREGA DE RESULTADO PARA BENEFICIARIOS SISTEMA DE SALUD

Corporación Municipal
Viña del Mar
Área salud

Resultado Test Visual Rápido

Establecimiento Salud _____

Código de identidad _____ - ___

RUN/DI* _____

Método: Test visual / rápido Inmunocromatografia

Tipo de muestra: Sangre total por punción digital.

KIT: _____

(Colocar marca de Kit utilizado, por ejemplo: Rapid Responde Test Ag/Ab HIV)

Resultado: _____

Fecha: _____

_____

Firma y timbre profesional

*DI: Documento de identificación

Si tiene alguna duda, también puedes comunicarte de manera Gratuita, anónima las 24 horas del día al FONOSIDA 800 378 800

.....

Pre picado que se retira y no se entrega al usuario cuando resultado de examen es **NO REACTIVO**.
Cuando el resultado es **REACTIVO** se retira y se entrega al usuario.

Derivación: Vincular a establecimiento de la red asistencial para toma y envió de muestra de sangre EV.

Con este documento diríjase a CESFAM: .....

ubicado en: ..... horario .....

Con este documento dirigase a laboratorio;.....

ubicado en:..... horario .....