

ANEXO N° 3: DOCUMENTO DE VERIFICACIÓN DERIVACIÓN

Yo _____ RUN/DI* _____ Fecha de Nacimiento _____

Domiciliado en _____ Teléfono _____ Previsión _____

Declaro haber sido informado que el resultado de mi prueba visual /rápida ha sido Reactiva, lo que implica que se me debe tomar una muestra de sangre venosa para ser enviada al Instituto de Salud Pública (ISP) para terminar el proceso diagnóstico.

Este proceso lo debo realizar en mi red de prestador de salud.

Declaro también que he recibido toda la información necesaria para acudir a mi red de prestadores, así como el formulario de constancia GES y concluir este proceso, lo que está bajo mi responsabilidad.

Nombre, firma y RUN/DI*.

Fecha:

*Di: Documento de Identificación