

A. DATOS DE ESTABLECIMIENTO Y USUARIO / PACIENTE										
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA			NÚMERO DE ARCHIVO		
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)	
									H	D
									M	A

B. DATOS DEL SERVICIO Y PRIORIDAD										
SERVICIO					ESPECIALIDAD		PRIORIDAD		HORA DE TOMA	FECHA DE TOMA
EMERGENCIA		CONSULTA EXTERNA		HOSPITALIZACIÓN		URGENTE		RUTINA		

C. ESTUDIO SOLICITADO										
HISTOPATOLOGÍA		CITOLOGÍA			REVISIÓN DE LAMINILLAS	TRANSOPERATORIO		OTROS TIPO DE ESTUDIO:		
DESCRIPCIÓN										

D. RESUMEN CLÍNICO									
REGISTRAR DE MANERA OBLIGATORIA TODOS LOS CAMPOS									
CUADRO CLÍNICO									
RESULTADOS DE LABORATORIO									
DATOS DE IMAGEN									
TRATAMIENTO									
PROCEDIMIENTO REALIZADO PARA OBTENCIÓN MUESTRA									

E. DIAGNÓSTICOS				
	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

F. MUESTRA O PIEZA/ NÚMERO	
DESCRIBIR EL ORIGEN Y NUMERO DE MUESTRAS ENVIADAS	

G. DATOS BÁSICOS PARA CITOLOGÍA VAGINAL																				
MATERIAL					ANTICONCEPCIÓN					EDAD DE:			PARIDAD: NUMERO DE		FECHAS					
ENDOCERVIX	EXOCERVIX	PARED VAGINAL	UNIÓN ESCAMO	MUJÓN CERVICAL ORAL O INYECTABLE	DIU	LIGADURA	BARRERA	IMPLANTE	OTRO	TERAPIA HORMONAL	MENARQUIA	MENOPAUSIA	INICIO DE VIDA SEXUAL	GESTAS	PARTOS	ABORTOS	CESÁREAS	ÚLTIMA MENSTRUACIÓN (FUM)	ÚLTIMO PARTO	ÚLTIMA CITOLOGÍA
DESCRIPCIÓN MACROSCÓPICA										DIAGNÓSTICO DE ÚLTIMA CITOLOGÍA:										

H. BIOLOGÍA MOLECULAR Y GENÉTICA									

I. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE											
FECHA DE SOLICITUD (aaaa-mm-dd)		HORA DE SOLICITUD (hh:mm)		PRIMER NOMBRE			PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN				FIRMA				SELLO			
FECHA DE RECEPCIÓN (aaaa-mm-dd)		HORA DE RECEPCIÓN (hh:mm)		NOMBRE Y APELLIDO DE LA PERSONA QUIEN ENTREGA LA MUESTRA			NOMBRE Y APELLIDO DE LA PERSONA QUIEN RECIBE LA MUESTRA			CÓDIGO INTERNO DE MUESTRA	

