



Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud  
 Cartago, Costa Rica.  
 Tel: (506) 2279-9911 Fax:(506) 2279-8175

**Solicitud de confirmación diagnóstica de Baciloscopías**  
 USEC-R03

Versión: 1

Página 1 de 2

Laboratorio Clínico/Unidad Programática: \_\_\_\_\_ Envío correspondiente al mes de: \_\_\_\_\_

Microbiólogo encargado: \_\_\_\_\_ Fecha envío de las muestras a INCIENSA: \_\_\_\_\_

**Baciloscopías vistas en el mes. Indicar cuántas positivas \_\_\_\_\_ y cuántas negativas \_\_\_\_\_**

N° Cédula ó Expediente	Nombre completo del paciente			Sexo M/F	Fecha Nacimiento (DD/MM/AA)	Residencia Actual			N° muestra cliente	Fecha Recolección (DD/MM/AA)	Origen muestra	Resultado reportado				Tipo de caso		Para uso de INCIENSA	
	1er apellido	2do apellido	Nombre			Provincia	Cantón	Distrito				Neg.	Positivo			dx	Ctl.Tx		
													N° exacto	+	2+				3+

Nota: si la muestra proviene de un sedimento, indíquelo con (\*) en la columna "origen de muestra"

Observaciones: \_\_\_\_\_