



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 Malaria
 USEC-R05

Versión: 1

Página 1 de 2

Laboratorio que refiere: _____ Nombre y apellidos del Microbiólogo: _____

Fecha de envío: _____ Envío correspondiente a la semana: _____ mes _____

Con el envío de la última semana del mes anotar: # láminas examinadas en el mes _____ N°positivas _____ N°negativas _____

N° Cédula o expediente	Nombre completo del Paciente			Sexo M/F	Fecha nacimiento (DD/MM/AA)	Residencia Actual			N° Muestra Cliente	Fecha Recolección DD/MM/AA	Tipo Muestra 1. Frotis 2. Gota gruesa 3. Ambas	Fiebre 1. Con 2. Sin	Ctl. Tx	Resultado de laboratorio			Para uso de INCIENSA
	1er Apellido	2do Apellido	Nombre			Provincia	Cantón	Distrito						PV	PF	PM	

*Ctl. Tx. = Control tratamiento, **PV = Plasmodium vivax, PF = Plasmodium falciparum, PM = Plasmodium malariae.

Observaciones: _____