

**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

|   |  |
|---|--|
| <b>CUADRO CLÍNICO</b>                                 |  |
|   |  |
| <b>RESULTADOS DE LABORATORIO</b>                      |  |
|   |  |
| <b>DATOS DE IMAGEN</b>                                |  |
|   |  |
| <b>TRATAMIENTO</b>                                    |  |
|   |  |
| <b>PROCEDIMIENTO REALIZADO PARA OBTENCIÓN MUESTRA</b> |  |
|   |  |

**E. DIAGNÓSTICOS**

 PRE= PRESUNTIVO  
 DEF= DEFINITIVO

| CIE | PRE | DEF |
|-----|-----|-----|
|     |     |     |

|    |  |  |  |
|----|--|--|--|
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |

**F. MUESTRA O PIEZA/ NÚMERO**

DESCRIBIR EL ORIGEN Y NÚMERO DE MUESTRAS ENVIADAS

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |

**G. DATOS BÁSICOS PARA CITOLOGÍA VAGINAL**

| MATERIAL                 |           | ANTICONCEPCIÓN |                       |                   |     |          |         | TERAPIA HORMONAL | EDAD DE: |      |           | PARIDAD: NUMERO DE               |                       |        |        |         | FECHAS   |                           |              |                  |
|--------------------------|-----------|----------------|-----------------------|-------------------|-----|----------|---------|------------------|----------|------|-----------|----------------------------------|-----------------------|--------|--------|---------|----------|---------------------------|--------------|------------------|
| ENDOCERVIX               | EXOCERVIX | PARED VAGINAL  | UNIÓN ESCAMO CERVICAL | ORAL O INYECTABLE | DIU | LIGADURA | BARRERA |                  | IMPLANTE | OTRO | 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 |  |
|                                       |                           |  |   |                           |  |