

FORMATO DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha _____ Id Nota _____
Paciente _____ Edad _____
Identificación _____ No. Identificación _____
Tipo de paciente: Primera vez () Consecutivo () Motivo de la prueba: _____
Viene acompañado SI () NO () Tiene algún padecimiento a considerar: SI () NO () _____
Tiempo de ayuno _____
¿Tomó algún medicamento antes de venir? (SI) (NO) Cual: _____
¿Realizó ejercicio antes de venir? (SI) (NO)
¿Ingerió bebidas alcohólicas en las últimas 24 horas? (SI) (NO)
¿Se encuentra en periodo menstrual? (SI) (NO) Tiempo: _____
¿Cuenta con un estudio de Antígeno Prostático previo? (SI) (NO) Tiempo: _____
¿Cuenta la abstinencia sexual de 5 días) (SI) (NO) Tiempo: _____
General de orina: Primera muestra de la mañana (SI) (NO) Hora de recolección: _____
Tipo de Cultivo _____ Aseo (SI) (NO)
Toma antibiótico (SI) (NO) Tiempo _____
Parasitoscopico: Muestra reciente (SI) (NO) Hora de recolección: _____

Observaciones:

Nombre y firma del Químico: _____

FORMATO DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha _____ Id Nota _____
Paciente _____ Edad _____
Identificación _____ No. Identificación _____
Tipo de paciente: Primera vez () Consecutivo () Motivo de la prueba: _____
Viene acompañado SI () NO () Tiene algún padecimiento a considerar: SI () NO () _____
Tiempo de ayuno _____
¿Tomó algún medicamento antes de venir? (SI) (NO) Cual: _____
¿Realizó ejercicio antes de venir? (SI) (NO)
¿Ingerió bebidas alcohólicas en las últimas 24 horas? (SI) (NO)
¿Se encuentra en periodo menstrual? (SI) (NO) Tiempo: _____
¿Cuenta con un estudio de Antígeno Prostático previo? (SI) (NO) Tiempo: _____
¿Cuenta la abstinencia sexual de 5 días) (SI) (NO) Tiempo: _____
General de orina: Primera muestra de la mañana (SI) (NO) Hora de recolección: _____
Tipo de Cultivo _____ Aseo (SI) (NO)
Toma antibiótico (SI) (NO) Tiempo _____
Parasitoscopico: Muestra reciente (SI) (NO) Hora de recolección: _____

Observaciones:

Nombre y firma del Químico: _____