



**TRABAJANDO
PARA USTED**

SOLICITUD DE PRUEBA DE LIBERACIÓN INTERFERÓN GAMMA (IGRA)
PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL Y ELIMINACIÓN DE LA TUBERCULOSIS

NOMBRES	PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
RUN	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	SEXO	NACIONALIDAD
DOMICILIO (incluye comuna)			TELÉFONO	
ESTABLECIMIENTO		UNIDAD		

EXAMEN SOLICITADO PARA
☐ Investigación de Contactos

CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN DE SOLICITUD DE MUESTRA (Marque con una cruz)

☐	Edad entre 05 y 17 años
☐	Pertenece a territorio priorizado (Pichilemu y Las Cabras)
☐	Presenta alta vulnerabilidad socioeconómica y No se presenta en 02 oportunidades a toma PPD con registro Sistema Fonendo.
☐	Autorizado por equipo ETT del SS O'Higgins por:

DATOS DE CASO INDICE

NOMBRES Y APELLIDOS	
RUT	
FECHA DIAGNOSTICO	
LOCALIZACIÓN	
PRUEBA DE SENSIBILIDAD INICIAL	

SOLICITA Y TOMA MUESTRA

NOMBRE Y RUN DEL SOLICITANTE	
FECHA DE SOLICITUD	
FECHA Y HORA DE TOMA DE MUESTRA	
TIPO DE MUESTRA	
RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA	