

**Establecimiento que envía la(s) muestra(s)**

Nombre del establecimiento: \_\_\_\_\_

**Establecimiento al cual se reportan los resultados** Ministerio de Salud: \_\_\_\_\_  Laboratorio Clínico CCSS: \_\_\_\_\_ Laboratorio Clínico Privado: \_\_\_\_\_  Particular: \_\_\_\_\_**Envío de reporte** Correo electrónico: \_\_\_\_\_  Fax: \_\_\_\_\_**Datos del reservorio**

Identificación Directa: \_\_\_\_\_

Dirección del sitio de recolección:

Provincia      Cantón      Distrito      Barrio-Caserío

\_\_\_\_\_

 Domiciliar  Peridomiciliar

Otras señas del sitio de recolección:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Condición del reservorio:

 Muerto  Vivo**Datos del representante**

Nombre del representante autorizado / Jefe de Vivienda: \_\_\_\_\_

Dirección

Provincia      Cantón      Distrito      Barrio-Caserío

Otras

señas:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Teléfono vivienda/otro:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Correo electrónico:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Enfermedad de Chagas**¿Pico el chinche a alguna persona?  No  Sí      Nombre de la persona: \_\_\_\_\_      Edad: \_\_\_\_\_**Datos del o los vectores(es):**

Cantidad (Unidades)	Fecha de la recolección (DD-MM-AAAA)	Responsable solicitud/código
_____	_____	_____

Observaciones:

\_\_\_\_\_

Firma:

Fecha de solicitud:

## Instrucciones de llenado

Los análisis que realiza el INCIENSA son de relevancia para cumplir con la Vigilancia Epidemiológica y con el decreto de Enfermedades de declaración obligatoria, por lo que la presentación de esta boleta es **requisito indispensable** para el debido procesamiento de la muestra. Esta boleta es para solicitud de diagnóstico/confirmación y tipificación por Centros Nacionales de Referencia de los reservorios probables de enfermedades de importancia en salud pública. Estos formularios deben acompañarse de los reservorios recolectados, los cuales deben trasladarse de la manera más expedita a las instalaciones del Inciensa. La información de la recolección debe ser llenada por un profesional en ciencias de salud y/o ciencias veterinarias durante la recolección o en el seguimiento. Por favor escriba con lapicero haciendo letra clara.

### Datos del establecimiento que envía la muestra

*Nombre del laboratorio:* Indicar el nombre de donde procede la muestra. *Ej. Laboratorio Hospital Max Peralta*

### Datos del reservorio

*Identificación directa:* Anotar el nombre común o relacionado al hallazgo.

*Identificación del sitio de recolección:* Anotar si el lugar donde se realizó la recolección fue una vivienda, una finca, etc)

*Tipo de actividad:* Si la recolección se da en una zona agropecuaria, se debe marcar la casilla que corresponda.

*Dirección dl sitio de recolección:* Anote la provincia, cantón, distrito y caserío del lugar de la recolección. Otras señas: anote la dirección exacta u otras señas del sitio de recolección.

*Teléfonos:* Anote el número de teléfono de la residencia, celular o algún otro teléfono disponible por medio del cual se pueda contactar al domicilio señalado.

*Lugar específico de la casa donde se encontró el reservorio o insecto:* Se debe anotar claramente si se recolecto dentro o fuera de una casa y especificar el lugar exacto de la recolección.

*Observaciones:* Si desea destacar alguna información adicional que considere importante en relación a la muestra, anótela en este espacio.

Anote el nombre del responsable de la solicitud con su firma y fecha en que se realiza la misma.

### Descargo de responsabilidad

*"El firmante acepta los términos para la recepción de las muestras por parte del INCIENSA, y autoriza al INCIENSA a descartar la(s) muestra(s) posterior a su análisis o por motivos de bioseguridad, de acuerdo a los procedimientos y plazos de ley que rigen al INCIENSA".*

Cartago, Costa Rica.

Tel: (506) 2279-9911 Fax:(506) 2279-5546

Fin de documento