



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
LABORATORIO NACIONAL DE SALUD
UNIDAD CENTRAL DE REFERENCIA PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
Kilómetro 22 Carretera al Pacífico, Bárcena Villa Nueva, Guatemala C.A.
PBX 6644-0599 Ext. 213, Correo electrónico vih.hepatitis.sifilis@lns.gob.gt
ÁREA DE VIROLOGÍA, SECCIÓN DE VIH Y HEPATITIS

UCRF059
Rev. 0
Pág. 1 de 1

Boleta de Laboratorio para Solicitud de Diagnóstico de Hepatitis B

I. DATOS GENERALES

Fecha de llenado de la ficha: ___/___/___

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: Masc. Fem.

Ocupación: _____

Dirección: _____

Originario de: _____

Municipio: _____

En caso de ser mujer, ¿está embarazada? S i ___ No ___

Área de salud que refiere: _____ Hospital o C/S o P/S: _____

II. DATOS CLÍNICOS

Signos y/o Síntomas	SI	NO	No sabe	Fecha
Fiebre baja				
Fatiga				
Anorexia				
Dolor Muscular				
Dolor Articular				
Nausea				
Vómitos				
Ictericia				
Orina color ámbar / Turbia				
Cefalea				
Heces de color Blanco				
Otro:				

III. DATOS DE LABORATORIO

Resultado de Pruebas Bioquímicas Realizadas

- Nivel de Albúmina: _____ Fecha: ___/___/___
- Fosfatasa alcalina: _____ Fecha: ___/___/___
- ASAT: _____ Fecha: ___/___/___
- ALAT: _____ Fecha: ___/___/___
- GGT: _____ Fecha: ___/___/___
- Bilirrubina Directa: _____ Fecha: ___/___/___
- Bilirrubina Indirecta: _____ Fecha: ___/___/___

Resultado de Pruebas Serológicas Realizadas:

Análisis	Fecha	Resultado	Tipo de Prueba (ELISA o Rápida)
AgHBs			
Anti-HBc Total			
Anti-HBc IgM			
Anti-HBs			
AgHBe			

CONCLUSIÓN: _____

Fecha de Toma de muestra Referida al LNS: ___/___/___

Nombre del responsable: _____ Cargo: _____