



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

Boleta de Laboratorio para Solicitud de Diagnóstico de Sífilis

I. DATOS GENERALES

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

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: M F
Ocupación: _____
Dirección: _____
Originario de: _____
Municipio: _____

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

II. DATOS CLÍNICOS

Fase de la Enfermedad: Primaria: ___ Secundaria: ___ Latente: ___ Terciaria: _____

En caso de ser mujer, está embarazada? Sí ___ No ___

III. DATOS DE LABORATORIO (Marcar si se realizó o no)

A) Microscopia Directa (cuando hay lesiones)

- Campo Oscuro: No ___ Sí ___ Fecha: _____ Resultado: _____
- Inmunofluorescencia directa: No ___ Sí ___ Fecha: _____ Resultado: _____

B) Pruebas No Treponémicas:

- VDRL: No ___ Sí: _____ Fecha: _____ Resultado: _____ Título _____
- RPR: No ___ Sí: _____ Fecha: _____ Resultado: _____ Título _____
- Otro: Especifique: _____ Fecha: _____ Resultado: _____

C) Pruebas Treponémicas

- Prueba Rápida: No ___ Sí: ___ Fecha _____ Marca: _____ Resultado _____
- Otro: Especifique: _____ Fecha _____ Resultado _____

D) Detección de Antígenos / Anticuerpos

- ELISA: No ___ Sí: _____ Fecha: _____
Tipo de ELISA: Ag: ___ IgM: ___ IgG: ___ IgG e IgM: ___ Resultado: _____
- Otro: Especifique: _____ Fecha: _____ Resultado: _____

CONCLUSIÓN: _____

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

Nombre del responsable: _____ Cargo: _____