**Sitio Centinela remitente:** Marca con una X el correspondiente.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IRAG** | Hospital General San Juan de Dios |  | Hospital Infantil de Infectología y Rehabilitación |  | Hospital Regional de Cobán |  | Hospital Nacional de San Marcos |  | Hospital Regional de Cuilapa |  |
|  | | | | | | | | | | |
| **ETI** | Clínica Periférica Primero de Julio |  | C/S San Marcos |  | CAP San Pedro Sacatepéquez |  | C/S Cobán |  | Otro:  Especifique |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Responsable del envío: |  | Correo electrónico: |  |
| Fecha del envío: |  | Total de muestras enviadas: |  |

**Campos que no aplican escribir**: N/A

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Id. Reg. (PAHO Flu)** | **Confirmación**  **SI/NO** | **Nombre completo del paciente** | **Fecha de**  **inicio de síntomas** | **Fecha de**  **toma de muestra** | **Edad** | **Sexo** | **CON CAPACIDAD DE PROCESAMIENTO** | | **SIN CAPACIDAD DE PROCESAMIENTO** | **Código interno DLNS** |
| **Metodología de Análisis en Unidad Centinela** | **Resultado de análisis en Unidad Centinela**  **(Incluir valor de CT)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\*CT: Umbral del ciclo por sus siglas en inglés

**Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Temperatura de las muestras en recepción DLNS: \_\_\_\_\_\_\_°C**

**Firma y Sello de recepción ventanilla de la DLNS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Analista responsable de recepción: \_\_ \_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**