



Boleta de laboratorio para solicitud de diagnóstico de *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae*

I. DATOS GENERALES

Fecha de llenado de la ficha: ____/____/____

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: M ☐ F ☐
Documento de Identificación Personal –DPI–: _____
Ocupación: _____
Dirección: _____
Municipio: _____

En caso de ser mujer, ¿Está embarazada?: Si ____ No ____ Tiempo de Gestación: _____

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

*C/S = Centro de Salud, P/S = Puesto de Salud, CAP = Centro de Atención Permanente

II. DATOS CLÍNICOS

Fecha inicio de síntomas: ____/____/____

Fecha de toma de muestra: ____/____/____

Fecha de envío de muestra: ____/____/____

Signos y/o Síntomas	SI	NO	No sabe
Presencia de flujo			
Dolor abdominal bajo			
Picazón			
Sangrado postcoital			
Ardor al orinar			
Poliuria			
Dolor de garganta			
Fiebre			
Otra			

III. DATOS EPIDEMIOLOGICOS

Ocupación: Viajero ____ Transportista ____ Trabajador(a) sexual Si ____ No ____ Otro (especifique) ____

Tipo de pareja: Hombre ____ Mujer ____ Pareja Estable ____ Pareja Múltiple ____ Pareja Ocasional ____

Método Anticonceptivo: Sí ____ No ____ Barrera ____ Espermicida ____ Natural ____
Hormonal ____ DIU ____ Otro ____

Antecedentes obstétricos vinculados a infección genital: Partos Prematuros Sí ____ No ____
Ruptura Prematura de Membrana Sí ____ No ____
Intervenciones ginecológicas Sí ____ No ____

Antecedentes Infecciones de Transmisión Sexual (ITS): VIH ____ Sífilis ____ Hepatitis ____ Gonorrea ____
Herpes ____ Clamidia ____ Otra (especifique) ____

IV. DATOS DE LA MUESTRA

Origen de la muestra: Orina ☐ Vaginal/Endocervical ☐
Hisopado (especifique origen) _____

Nombre del responsable _____ Cargo _____

Correo electrónico para envío de resultados: _____

