



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL  
DIRECCIÓN DEL LABORATORIO NACIONAL DE SALUD  
DEPARTAMENTO DE REFERENCIA PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA  
SECCIÓN DE SECUENCIACIÓN  
Km. 22 BÁRCENA, CARRETERA AL PÁCIFICO, ZONA 3, VILLA NUEVA, GUATEMALA  
PBX: 6644-0599 EXT. 214, CORREO ELECTRÓNICO: [secuenciacion@lns.gob.gt](mailto:secuenciacion@lns.gob.gt)

VES-F-001  
Rev. 0  
Pág. 1 de 1

## SOLICITUD DE ANÁLISIS SECUENCIACIÓN SARS-CoV-2

DDRISS<sup>1</sup> o entidad que solicita el análisis: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

| Nombre/Identificador | Procedencia | Sexo | Edad | Antecedente de viaje | Fecha de inicio de síntomas | Resolución de caso | Tipo de muestra | Fecha de toma de muestra | Observaciones |
|----------------------|-------------|------|------|----------------------|-----------------------------|--------------------|-----------------|--------------------------|---------------|
|                      |             |      |      |                      |                             |                    |                 |                          |               |
|                      |             |      |      |                      |                             |                    |                 |                          |               |
|                      |             |      |      |                      |                             |                    |                 |                          |               |
|                      |             |      |      |                      |                             |                    |                 |                          |               |
|                      |             |      |      |                      |                             |                    |                 |                          |               |
|                      |             |      |      |                      |                             |                    |                 |                          |               |

<sup>1</sup>DDRISS: Dirección Departamental de Redes Integradas de Servicios de Salud.

Nombre : \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma y Sello del solicitante: \_\_\_\_\_

“Prohibida la modificación total o parcial de este documento sin previa autorización del DGCN de la DLNS”  
“Al imprimir este documento se convierte en una copia no controlada del SGC y su uso es responsabilidad directa del usuario”  
“La DLNS avala únicamente el contenido del documento original, el manejo de la reproducción es responsabilidad del propietario”