GOBIERNO DE CHILE

PROGRAMA NACIONAL DE FIBROSIS QUÍSTICA - FORMULARIO SOLICITUD ELASTASA FECAL

IDENTIFICACIÓN

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|-|_| (RUT)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (Apellido paterno) |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (Apellido materno) |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (Nombre) |_|_|-|_|_|_|_|_|_|_|_| Fono (Código-Número)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (Dirección) |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (Comuna)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (Hospital de control) |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (Servicio de Salud) |_|_| (Región) |__| (Previsión)

1 = Fonasa 2 = Isapre
3 = Particular 4 = Otro

ANTECEDENTES PERINATALES

- Fecha Nacimiento |_|_|_|_|_|_|_|_| (dd/mm/aaaa)
- Íleo Meconial o Peritonitis Meconial |__| (S/N)

OTROS ANTECEDENTES

- Edad Diagnóstico |_|_||_|_||_|_|_|_| (meses)
- Clínica de Insuficiencia pancreática |_| (S/N)
- Usa enzimas pancreáticas |_| (S/N)
- Se ha hecho esteatocrito ácido |_| (S/N)

Si es sí, anote último valor _________

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Nombre del Responsable

______________________ Firma

|_|_|_|_|_|_|_|_| Fecha (dd/mm/aaaa)