



SERVICIO DE SALUD ARAUCANIA SUR
HOSPITAL DR. HERNÁN HENRIQUEZ ARAVENA
LABORATORIO CLÍNICO



1009061336

8:00 a 10:00

N° Solicitud: 1009061336

COMPROBANTE DE CITA

Fecha Citación:

Jueves
09/10/2025

Previsión:

FONASA - C

Procedencia:

EXTERNO

Teléfono:

Cuenta Corriente:

111694008

Servicio:

POLI ENDOCRINOLOGIA

Observación:

TRAB

Paciente: DANIELA PAZ VALLADARES SILVA
RUT: #####8119 -5
Edad: 15 años 2 semanas
Sexo: FEMENINO
Dirección: CALLE PINTO N° 499, ESTACION
Diagnóstico: INGRESO A MODULO CDT

CÓDIGO	Código Fonasa	Exámen	Obtención	Plazo de entrega
57021-8	03-01-045	HEMOGRAMA	SANGRE VENOSA	24 HRS
30341-2	03-01-086	VELOCIDAD DE ERITROSEDIMENTACIÓN (VHS)	SANGRE VENOSA	24 HRS
3016-3	03-03-024	HORMONA TIROESTIMULANTE (TSH)	SANGRE VENOSA	24 HRS
3024-7	03-03-026	TIROXINA LIBRE T4L	SANGRE VENOSA	24 HRS
2132-9	03-02-077	VITAMINA B12	SANGRE VENOSA	24 HRS
83070-3	03-02-078	VITAMINA D 25-OH	SANGRE VENOSA	24 HRS
6768-6	03-02-040	FOSFATASA ALCALINA	SANGRE VENOSA	24 HRS
1920-8	03-02-063	TRANSAMINASA ASAT/GOT	SANGRE VENOSA	24 HRS
1742-6	03-02-063	TRANSAMINASA ALAT/GPT	SANGRE VENOSA	24 HRS
2324-2	03-02-045	GAMAGLUTAMIL TRANSFERASA (GGT)	SANGRE VENOSA	24 HRS
1975-2	03-02-012	BILIRRUBINA TOTAL	SANGRE VENOSA	24 HRS
1968-7	03-02-013	BILIRRUBINA DIRECTA	SANGRE VENOSA	24 HRS
PRS-A	0	EXAMEN DERIVADO COMPRA DE SERVICIO	SEGUN TIPO MUESTRA	NO DISPONIBLE

"La fecha y hora de la toma de muestra de su examen será el día 09/10/2025 a las 09:00, recuerde llegar 30 minutos antes"

CONDICIONES GENERALES PARA TOMA DE MUESTRA:

Estimado(a) paciente: Antes de asistir al Laboratorio para toma de muestras recuerde:

- Acudir con su CÉDULA DE IDENTIDAD y COMPROBANTE DE CITA.
- NO INGERIR BEBIDAS ALCOHÓLICAS, tres días antes de su examen.
- NO FUMAR NI REALIZAR EJERCICIO FÍSICO, el día antes de su examen.
- Si toma algún MEDICAMENTO, informe al personal de Toma de Muestra.
- Si últimamente se ha realizado algún EXAMEN DE IMAGENOLOGÍA CON MEDIO DE CONTRASTE, NO SE REALICE EXAMENES DE LABORATORIO hasta después de tres días. Solicite reagendar su visita.

CONDICIONES ESPECIALES DE ESTA TOMA DE MUESTRAS

EXAMENES CON AYUNO ESTRICTO

Marcela Molina Paredes
PROFESIONAL

Dirección: Manuel Montt #115, Temuco, Chile

Teléfono: (45) 2559027 - (45) 2559021

Email: laboratorioclinico.hhha@redsalud.gov.cl