



**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**

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

Previsión: FONASA - C
 Procedencia: EXTERNÓ
 Teléfono:
 Cuenta Corriente: 111694008
 Servicio: POLI ENDOCRINOLOGIA
 Observacion: TRAB

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 IMAGENOLÓGIA 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