

Formulario de solicitud de análisis

Aclaración: Deberá completar un formulario por muestra y entregarlo impreso el día del turno

Atención: Los datos marcados (*) son obligatorios

Datos del análisis (*)	
Determinación solicitada	
Profesional solicitante	
Fecha y hora de recolección de la muestra	
Datos personales (*)	
Nombre y apellido	
DNI	
Edad (años)	
Dirección (Calle, número, localidad, partido, provincia)	
Teléfono	
Correo electrónico	
Datos de su residencia actual	
¿Hace cuántos años vive allí?	
¿Vive cerca de una fábrica? (Sí/No)	
En caso afirmativo, ¿de qué tipo?	
Datos sobre su profesión o trabajo	
Lugar y tipo de trabajo	
Duración de su jornada laboral (horas/día y días/semana)	
Antigüedad	
¿Utiliza elementos de protección personal? Indique cuáles	
Le solicitamos que complete la siguiente encuesta	
<i>Los datos que se solicitan son de importancia para la realización del análisis</i>	
1- ¿Está o estuvo en contacto con la sustancia solicitada en el análisis? ¿Cuál fue el posible contacto?	
a) Trabaja con la sustancia b) Estuvo involucrado en un accidente con la sustancia c) La sustancia se encuentra en el ambiente (agua, aire, alimentos) donde vive d) Control por enfermedad e) Otra (aclarar): _____	
2- ¿Cómo fue el contacto?	
a) Lo ingirió b) Se le derramó sobre la piel c) Lo inhaló d) Otro contacto (aclarar): _____	

3- ¿Cuándo ocurrió el contacto con la sustancia?

- a) En las últimas 24 - 48 horas
- b) Hace una semana
- c) En los últimos 15 días
- d) Hace un mes
- e) Más de un mes

4- ¿Cuántas veces estuvo expuesto?

- a) Una sola vez
- b) Todos los días
- c) Durante la jornada laboral
- d) Otra respuesta (aclarar): _____

5- ¿Cuánto tiempo estuvo expuesto?

- a) Minutos
- b) Horas
- c) Días / semanas
- d) Meses / años

6- ¿Tiene algún malestar físico o cambio en el cuerpo que haya notado? ¿Cuándo comenzaron los síntomas? Indique a continuación:

7- ¿Padece alguna enfermedad?

- a) Hipertensión
- b) Asma
- c) Diabetes
- d) Otra (aclarar): _____

8- ¿Utiliza medicación diariamente? Indique cuál/cuáles: _____

9- ¿Fuma? ¿Cuántos cigarrillos por día? Indique: _____

Si el laboratorio en algún momento requiere mayor información, es posible que se comuniquen con usted para solicitar más datos relevantes para el análisis.

Información a completar únicamente por el personal del CENATOXA	
N° de muestra:	Descripción de la muestra recibida:

Fecha:	_____
