



ICAPÍ

Instituto Canario de Anatomía Patológica Integral S.L.P.

SOLICITUD DE ESTUDIO CITOLÓGICO GINECOLÓGICO Y DE TÉCNICAS MOLECULARES COMPLEMENTARIAS

Nº REGISTRO CITOLOGÍA:

(Espacio reservado para el laboratorio)

Nombre y Apellidos		
Edad		
Centro Asistencial		Nº HC:
Médico Solicitante		Nº HC:
Aseguradora		

FECHA DE LA TOMA: _____

TIPO DE MUESTRA/DATOS CLÍNICOS: (señalar lo que proceda)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Citología Cervicovaginal | <input type="checkbox"/> Extendido en seco |
| <input type="checkbox"/> Citología Vaginal | <input type="checkbox"/> Citología Líquida |
| <input type="checkbox"/> Hisopo estéril (estudio VPH) | <input type="checkbox"/> p16 (Inmunocitoquímica) |

FUR: _____. Tipo de ciclo: __ / __

Datos clínicos: Gestación , Puerperio , ACO , DIU , Otros: _____

Nº REGISTRO MOLECULAR:

(Espacio reservado para el laboratorio)

TIPO DE ESTUDIO SOLICITADO: (señalar lo que proceda)

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> COBAS 4800 HPV (Virus del papiloma humano de alto riesgo y genotipado 16 y 18 (COBAS 4800 HPV; Roche®)) |
| <input type="checkbox"/> Genotipado completo (Linear Array HPV; Roche®) |

Otros datos clínicos de interés:

Observaciones:

Firmado:

**Lugar de Entrega: Hospital San José. C/ Padre Cueto nº 26. 35008.
Las Palmas de Gran Canaria. (Junto al Paseo de las Canteras). 928263720.**

Le informamos que los datos personales que Vd. nos ha facilitado, incluidos los de salud, serán tratados en nuestros ficheros con la finalidad de llevar a cabo una correcta gestión interna consulta médica-paciente de los estudios analíticos patológicos. El titular de los datos se compromete a comunicar por escrito a ICAPÍ cualquier modificación que se produzca en los datos aportados. En el caso de aportarse datos de personas físicas distintas al paciente, éste deberá informar previamente de los extremos señalados en los párrafos anteriores, eximiéndose ICAPÍ de cualquier tipo de responsabilidad por dicho incumplimiento. En cualquier momento podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose por escrito ante el Responsable del fichero INSTITUTO CANARIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA INTEGRAL (ICAPÍ), C/ Pi y Margall, nº 56, 4º, 35006, Las Palmas de G.C.