

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social  
Programa Nacional de Salud Reproductiva  
Componente Cáncer de Cuello Uterino

**TOMA / SOLICITUD / INFORME DE PRUEBA DE ADN DEL VPH**

Área de Salud \_\_\_\_\_ Servicio \_\_\_\_\_

**A. Información Sociodemográfica**

1. No. de la prueba: \_\_\_\_\_
2. Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_
3. Teléfono : \_\_\_\_\_

**B. Origen de la toma:**

4. Forma de toma de la muestra: a. Autónoma  b. Toma por proveedor
5. Fecha de toma de la muestra: \_\_\_\_\_

**C. Reporte de Prueba de ADN del VPH:**

6. Fecha de recepción de la muestra en el laboratorio: \_\_\_\_\_
7. Fecha de procesamiento de la muestra: \_\_\_\_\_
8. Interpretación: 1. Cita en 5 años  2. Cita para segunda prueba
9. Fecha de envío de resultado: \_\_\_\_\_