



6 de septiembre 2022

**Programa de Proficiencia del Departamento de Salud**

**ENCUESTA PARA PARTICIPANTES  
COVID ANTIGEN 2023**

Nombre del Laboratorio: \_\_\_\_\_

Número licencia estatal del Laboratorio \_\_\_\_\_

1. Realiza prueba de Anticuerpos de COVID 19: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
  - a. Matriculado en el Programa de Puerto Rico: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
2. Realiza prueba de Influenza: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
  - a. Matriculado en el Programa de Puerto Rico: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
3. Realiza la prueba de RSV: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
  - a. Matriculado en el Programa de Puerto Rico: : SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
4. Realiza Prueba de Mycoplasma: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
  - a. Matriculado en el Programa de Puerto Rico: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
5. Realiza prueba de Antígeno de COVID 19: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

- DE ser afirmativo favor de indicar el nombre del Kit o equipo que utiliza:

\_\_\_\_\_

**Favor devolver este cuestionario por correo regular a la siguiente dirección en o antes del 30 de septiembre 2022:**

**Laboratorio de Salud Pública de PR**

**Programa de Proficiencia**

**P.O.Box 70184**

**San Juan, P.R. 00936-8184**