

SOLICITUD DE LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS

NOMBRE DEL PACIENTE _____ EDAD _____ TELEFONO _____

DIAGNOSTICO _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ SEXO _____

NOMBRE DEL MEDICO _____ FECHA DE TOMA DE MUESTRA _____ FOLIO _____

BIOMETRIA HEMATICA COMPLETA

EXAMEN GENERAL DE ORINA

PRUEBA DE EMBARAZO

GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH

AMIBA EN FRESCO

HB. GLICOSILADA

QUIMICA SANGUINEA DE () ELEMENTOS

CPS EN SERIE DE 3

ANTIGENO PROSTATICO

T P Y T T P

CITOLOGIA DE MOCO FECAL

PERFIL TIROIDEO

• OTROS

FORMA DE ENTREGA

ORIGINAL

CORREO ELECTRONICO _____

URGENTE

ORDINARIA

FECHA _____

HORA _____

CONDICIONES

SI NO

PERSONA QUE TOMA
LA MUESTRA
