

 **CENTRO DE REFERENCIA DE**

**FECHA DE INGRESO: SOLICITADO POR:**

**PACIENTE: MÉDICO:**

**EDAD:**

**GÉNERO:**

**CÓDIGO:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TIPO DE MUESTRA RECIBIDA** | **EXAMEN** | **FECHA DE EMISIÓN DE RESULTADO.** |
|  |  |  |

FECHA DE TOMA DE MUESTRA:

HORA DE TOMA DE MUESTRA:

TIPO DE MUESTRA PROCESADA:

MÉTODO:

***RESULTADO PRELIMINAR:***

**R E S U L T A D O:**

 OBSERVACIÓN/INVESTIGACIÓN:

 Revisado Por:

 Autorizado Por:

Página X/Y