

Nombre completo del paciente: _____

Tipo de identificación: C.C. C.E. T.I. PA R.C. No. _____ Género: F M

Fecha de toma de muestra: **AAAA MM DD**

Tipo de muestra biológica	Sangre periférica	Médula ósea	Vellosidad coriónica	Líquido amniótico	Sangre fetal	Restos ovulares	Piel	Bloques de parafina	Otro

Este formato no sustituye el envío de la historia clínica