COLCAN
LABORATORIO CLÍNICO

REMISIÓN DE EXÁMENES

Código: LAB-FOR-S00-61
Versión: 03
Fecha de emisión: 2023-05-16

Ciudad	Entidad remitente	Código laboratorio

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: AAAA MM DD

Género: F ☐ M ☐ Tipo de identificación: C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ PA ☐ Otro: _____

No. de identificación: _____ Lugar de residencia: _____

Aseguradora o EPS: _____ Diagnóstico: _____

Tipo de muestra: _____ Tipo de servicio: Hospitalario ☐ Consulta externa ☐ Otro: _____

Fecha / hora toma de muestra	Tipo de muestra	Exámen solicitado	N° de muestras
AAAA MM DD / HH:MM			
AAAA MM DD / HH:MM			
AAAA MM DD / HH:MM			
AAAA MM DD / HH:MM			

Datos clínicos: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: AAAA MM DD

Género: F ☐ M ☐ Tipo de identificación: C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ PA ☐ Otro: _____

No. de identificación: _____ Lugar de residencia: _____

Aseguradora o EPS: _____ Diagnóstico: _____

Tipo de muestra: _____ Tipo de servicio: Hospitalario ☐ Consulta externa ☐ Otro: _____

Fecha / hora toma de muestra	Tipo de muestra	Exámen solicitado	N° de muestras
AAAA MM DD / HH:MM			
AAAA MM DD / HH:MM			
AAAA MM DD / HH:MM			
AAAA MM DD / HH:MM			

Datos clínicos: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: AAAA MM DD

Género: F ☐ M ☐ Tipo de identificación: C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ PA ☐ Otro: _____

No. de identificación: _____ Lugar de residencia: _____

Aseguradora o EPS: _____ Diagnóstico: _____

Tipo de muestra: _____ Tipo de servicio: Hospitalario ☐ Consulta externa ☐ Otro: _____

Fecha / hora toma de muestra	Tipo de muestra	Exámen solicitado	N° de muestras
AAAA MM DD / HH:MM			
AAAA MM DD / HH:MM			
AAAA MM DD / HH:MM			
AAAA MM DD / HH:MM			

Datos clínicos: _____

VIGILADO Supersalud