

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: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Total de muestras: \_\_\_\_\_

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			
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: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Total de muestras: \_\_\_\_\_

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			
AAAA MM DD / HH:MM			

Datos clínicos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_