# FORMULARIO DE ENVÍO DE MUESTRAS

LABORATORIO REMITENTE: FECHA:

| IDENTIFICACIÓN DE LA MUESTRA | SEXO | EDAD | FUM | PRÁCTICAS/DIAGNÓSTICO/MEDICACIÓN/ANTECEDENTES |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

**Favor enviar datos: diagnóstico presuntivo, medicación, antecedentes y toda información que considere oportuna**

*Muestra/s remitida/s por el laboratorio de origen*

**FPO00302 - Rev. 00**


# FORMULARIO DE ENVÍO DE MUESTRAS

LABORATORIO REMITENTE: FECHA:

| IDENTIFICACIÓN DE LA MUESTRA | SEXO | EDAD | FUM | PRÁCTICAS/DIAGNÓSTICO/MEDICACIÓN/ANTECEDENTES |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

**Favor enviar datos: diagnóstico presuntivo, medicación, antecedentes y toda información que considere oportuna**

*Muestra/s remitida/s por el laboratorio de origen*

**FPO00302 - Rev. 00**