

Nombre Méd: _____ Tlf: _____

Nº C.I o RUC: _____ Mail: _____ Cód. vial: _____
(para facturación)

Datos del paciente

Nombres y apellidos: _____

C.I.: _____ Edad: _____ años Fecha nac.: DD / MM / AAAA

Sexo: M ☐ F ☐ Embarazo: No ☐ Sí ☐ Semanas _____

FUM: DD / MM / AAAA Abortos: # _____ Partos: # _____ Cesáreas: # _____

Otros antecedentes:

Estudio(s) Solicitado(s)

Servicios Principales

Citología en Base Líquida ☐
PAP Convencional ☐
Cultivo de Secreción Vaginal ☐
Screening + Genotipificación de VPH (29 S) ☐
Screening + Genotipificación de VPH (40 S) ☐
GinePlus PCR (30 parámetros) ☐
Flora Scan Vaginal (8 parámetros) ☐
Panel de detección de 12 ITS ☐
NeumoPlus PCR (9 agentes) ☐

Combos

29S VPH + 12 ITS ☐

29S VPH + 12 ITS + Citología ☐
CO-TEST 29S (Cit. base líq. y genot. VPH) ☐
CO-TEST 40S (Cit. base líq. y genot. VPH) ☐
29S VPH + Flora Scan PCR ☐
29S VPH + GinePlus PCR ☐
12 ITS + Flora Scan + GinePlus PCR ☐

Otro(s):

*Para solicitar análisis de biopsias, llenar el formulario de solicitud pertinente y autorizado por Labgenetics.

Fecha de toma: DD / MM / AAAA Hora: _____ Ciudad: _____

Pago realizado

No ☐ Sí ☐ \$ _____

Tipo de pago

Efectivo ☐ Cheque ☐ Transferencia ☐

Firma del Solicitante

Firma receptor de la muestra

Nombre Méd: _____ Tlf: _____

Nº C.I o RUC: _____ Mail: _____ Cód. vial: _____
(para facturación)

Datos del paciente

Nombres y apellidos: _____

C.I.: _____ Edad: _____ años Fecha nac.: DD / MM / AAAA

Sexo: M ☐ F ☐ Embarazo: No ☐ Sí ☐ Semanas _____

FUM: DD / MM / AAAA Abortos: # _____ Partos: # _____ Cesáreas: # _____

Otros antecedentes:

Estudio(s) Solicitado(s)

Servicios Principales

Citología en Base Líquida ☐
PAP Convencional ☐
Cultivo de Secreción Vaginal ☐
Screening + Genotipificación de VPH (29 S) ☐
Screening + Genotipificación de VPH (40 S) ☐
GinePlus PCR (30 parámetros) ☐
Flora Scan Vaginal (8 parámetros) ☐
Panel de detección de 12 ITS ☐
NeumoPlus PCR (9 agentes) ☐

Combos

29S VPH + 12 ITS ☐

29S VPH + 12 ITS + Citología ☐
CO-TEST 29S (Cit. base líq. y genot. VPH) ☐
CO-TEST 40S (Cit. base líq. y genot. VPH) ☐
29S VPH + Flora Scan PCR ☐
29S VPH + GinePlus PCR ☐
12 ITS + Flora Scan + GinePlus PCR ☐

Otro(s):

*Para solicitar análisis de biopsias, llenar el formulario de solicitud pertinente y autorizado por Labgenetics.

Fecha de toma: DD / MM / AAAA Hora: _____ Ciudad: _____

Pago realizado

No ☐ Sí ☐ \$ _____

Tipo de pago

Efectivo ☐ Cheque ☐ Transferencia ☐

Firma del Solicitante

Firma receptor de la muestra