

Nombre Méd: _____ Cód. vial: _____

N° C.I o RUC: _____
(para facturación)

Mail: _____ Tlf: _____

Datos del paciente

Nombres y apellidos: _____

C.I.: _____ Sexo: M F

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

Otros antecedentes:

Estudio(s) Solicitado(s)

Panel de alergias (Alérgenos alimenticios y respiratorios)

Solo UIO

NeumoPlus DX PCR | 24h* | 10 patógenos NeumoPlus PCR | 72h - 96h* | 9 patógenos

BactoVir Scan | 72h - 96h* | 8 patógenos Viro Scan | 72h - 96h* | 8 patógenos

SARS COV - 2 | 72h - 96h* Aedes Scan | 72h - 96h* | 3 patógenos

Citogenética

Cariotipo convencional o estándar Cariotipo en sangre de alta resolución

Otro(s):

Fecha de toma: DD / MM / AAAA

Hora: _____ Ciudad: _____

Pago realizado No Sí \$ _____

Efectivo Cheque Transferencia

Firma del Solicitante

Firma del recolector