



REMISIÓN DE MUESTRAS PARA TIPIFICACIÓN DE HLA

Fecha: DD MM AAAA

Código:

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

Tipo de identificación: C.C. C.E. T.I. No. de identificación: _____ Lugar de nacimiento: _____

Institución: _____ Tipo de transplante: _____

Donante: _____ Diagnóstico: _____

Médico tratante: _____ Fecha de toma de muestra: **DD MM AAAA**

Muestra tomada por: _____