



FORMULARIO DE TOMA DE MUESTRA

PARA: ESTUDIO METABOLÓMICO ESTUDIO BIOQUÍMICO AMPLIADO

Fecha: DD MM AAAA

Ciudad:

*Por favor diligenciar un formulario por muestra.

INFORMACIÓN MÉDICA

Médico tratante: _____

Nombre de la clínica / consultorio: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico de contacto: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre completo: _____ Fecha de nacimiento: DD MM AAAA

Tipo de identificación: C.C. C.E. T.I. No. de identificación: _____ Edad: _____ Género: F M

Dirección: _____ Teléfono: _____ Ciudad: _____

Para mayor precisión en los resultados, los pacientes no deben estar en TPN, dieta especial, terapias con suplementos dietarios o medicamentos. Por favor escriba a continuación todos los medicamentos y/o suplementos que se le hayan prescrito al paciente, y actualmente esté tomando.

Información clínica: _____

DATOS DEL PACIENTE

Muestra tomada por: _____ Fecha de toma de muestra: DD MM AAAA

Tipo de muestra: _____ Hora de recolección: HH:MM

Estado de ayuno: No es necesario realizar ayuno para el análisis de la muestra, sin embargo, los pacientes que se hayan tomado la muestra en estado de ayuno deben informarlo, para que se tenga en cuenta al momento de realizar el perfil bioquímico del paciente.

Ayuno (si el paciente solo ha recibido agua, durante las ocho previas a la recolección de la muestra)

No ayuno (si el paciente ha recibido alimentos o algún nutriente diferente a agua durante las ocho horas previas a la recolección de la muestra)

El médico tratante está autorizado por la ley para solicitar la realización de este examen. Confirmando que he suministrado información sobre el examen y éste ha consentido realizarlo.

Firma del médico que ordena el examen: _____ Fecha: DD MM AAAA