

Ciudad	Entidad remitente	Código laboratorio
--------	-------------------	--------------------

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

Género: F M Tipo de identificación: C.C. C.E. T.I. PA Otro: _____

No. de identificación: _____ Lugar de residencia: _____

Aseguradora o EPS: _____ Diagnóstico: _____

Tipo de servicio: Hospitalario Consulta externa Otro: _____

Fecha / hora toma de muestra	Tipo de muestra	Exámen solicitado	N° de muestras
DD MM AAAA / HH:MM			
DD MM AAAA / HH:MM			
DD MM AAAA / HH:MM			
DD MM AAAA / HH:MM			
DD MM AAAA / HH:MM			

Datos clínicos: _____

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

Género: F M Tipo de identificación: C.C. C.E. T.I. PA Otro: _____

No. de identificación: _____ Teléfono: _____ Total de muestras: _____

Fecha / hora toma de muestra	Tipo de muestra	Exámen solicitado	N° de muestras
DD MM AAAA / HH:MM			
DD MM AAAA / HH:MM			
DD MM AAAA / HH:MM			
DD MM AAAA / HH:MM			
DD MM AAAA / HH:MM			

Datos clínicos: _____

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

Género: F M Tipo de identificación: C.C. C.E. T.I. PA Otro: _____

No. de identificación: _____ Teléfono: _____ Total de muestras: _____

Fecha / hora toma de muestra	Tipo de muestra	Exámen solicitado	N° de muestras
DD MM AAAA / HH:MM			
DD MM AAAA / HH:MM			
DD MM AAAA / HH:MM			
DD MM AAAA / HH:MM			
DD MM AAAA / HH:MM			

Datos clínicos: _____