



TEL. (787) 966-7108, 966-7109
FAX. (939) 225-7482

AUTORIZACION PARA AÑADIR / BORRAR / MODIFICAR PRUEBAS

EL LABORATORIO CLINICO _____AUTORIZA A P.R. CLINICAL REFERENCE
LABORATORY A:

___AÑADIR PRUEBAS

___BORRAR PRUEBAS

	NOMBRE DE PACIENTE	PRUEBA	FECHA
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____

___MODIFICAR NOMBRE / APELLIDO

1. DE _____ A _____
NOMBRE / APELLIDO NOMBRE / APELLIDO

2. DE _____ A _____
NOMBRE / APELLIDO NOMBRE / APELLIDO

AUTORIZADO POR: _____ FECHA: _____

****NOTA****

FAVOR DE COPIAR EN LETRA DE MOLDE LEGIBLE.