PR CLINICAL
REFERENCE LABORATORY

TEL. (787) 966-7108 / 966-7109 FAX: (787) 966-7133
LIC. #. 558 CLIA #. 40D0667819 MEDICARE 3-0953
HOJA DE RECOGIDO DE MUESTRAS

DE:

FECHA:_____

COMENTARIOS: _____

_____

_____

NOMBRE DE PACIENTE	FECHA NAC. MM/DD/YY	PRUEBAS	MEDICO QUE REFIERE	
1.				
	SEXO	WG:_____VOL:_____HG:_____	HORA	VALOR CREAT S.
2.				
	SEXO	WG:_____VOL:_____HG:_____	HORA	VALOR CREAT S.
3.				
	SEXO	WG:_____VOL:_____HG:_____	HORA	VALOR CREAT S.
4.				
	SEXO	WG:_____VOL:_____HG:_____	HORA	VALOR CREAT S.
5.				
	SEXO	WG:_____VOL:_____HG:_____	HORA	VALOR CREAT S.
6.				
	SEXO	WG:_____VOL:_____HG:_____	HORA	VALOR CREAT S.
7.				
	SEXO	WG:_____VOL:_____HG:_____	HORA	VALOR CREAT S.
8.				
	SEXO	WG:_____VOL:_____HG:_____	HORA	VALOR CREAT S.

TOTAL DE MUESTRAS EN ESTA REQUISICION

AMBIENTE: _____ CONGELADAS: __ REFRIGERADAS: ____ TOTAL: _____

FIRMA RECOLECTOR: _____ FIRMA LABORATORIO_____