



SOLICITUD DE EXAMEN DE BIOPSIA Y CITOLOGIA NO GINECOLOGICA

USO INTERNO LABORATORIO

FECHA DE RECEPCIÓN

TRANSPORTE

PROCEDENCIA

N° INFORME

DATOS SOLICITUD

TIPO DE EXAMEN

BIOPSIA

CITOLOGIA

ORIGEN

PABELLON

AMBULATORIO

SERVICIO

CANTIDAD DE ORGANOS

DATOS DEL PACIENTE

***NOMBRE**

***APELLIDO PATERNO**

***APELLIDO MATERNO**

***RUT/PAS**

***EDAD**

***SEXO**

FONO

MAIL

DATOS DE LA MUESTRA

N° FRASCOS

N° MUESTRAS

***ORGANO O LOCALIZACIÓN**

1

2

3

***TIEMPO DE EVOLUCIÓN, HIPÓTESIS DIAGNÓSTICA, ANTECEDENTES CLÍNICOS RELEVANTES , OBSERVACIONES**

MÉDICO SOLICITANTE*

***FECHA TOMA DE MUESTRA**

***NOMBRE COMPLETO**

***RUT**

FONO

MAIL

IMPORTANTE

Por norma de acreditacion, **todos los datos marcados con (*)** son de carácter obligatorio y causales de rechazo si no se completan (Articulo 15°, Decreto N°20, subsecretaría de salud publica)

FIRMA MÉDICO SOLICITANTE*