



TEL. (787) 858-3208, 858-3835, 807-3077, 807-3076  
FAX. (787) 807-1916

### **AUTORIZACION PARA AÑADIR / BORRAR / MODIFICAR PRUEBAS**

EL LABORATORIO CLINICO \_\_\_\_\_ AUTORIZA AL LABORATORIO CLINICO Y REFERENCIA M. LANDRON 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.