

LABORATORIO CLINICO DE REFERENCIA M. LANDRON, INC.

TEL. (787) 858-3835 / 858-3208 FAX: (787) 807-1916
LICENCIA NO. 558 CLIA NO. 40D0667819 MEDICARE 3-0953

HOJA DE RECOGIDO DE MUESTRAS

DE:

FECHA: _____

COMENTARIOS: _____

NOMBRE DE PACIENTE	FN MM/DD/YY	PRUEBA(S)	MEDICO QUE REFIERE
1. Dirección:	SEXO	Peso: _____ Vol. _____ Hora: _____	
2. Dirección:	SEXO	Peso: _____ Vol. _____ Hora: _____	
3. Dirección:	SEXO	Peso: _____ Vol. _____ Hora: _____	
4. Dirección:	SEXO	Peso: _____ Vol. _____ Hora: _____	
5. Dirección:	SEXO	Peso: _____ Vol. _____ Hora: _____	
6. Dirección:	SEXO	Peso: _____ Vol. _____ Hora: _____	
7. Dirección:	SEXO	Peso: _____ Vol. _____ Hora: _____	
8. Dirección:	SEXO	Peso: _____ Vol. _____ Hora: _____	

TOTAL DE MUESTRAS EN ESTA REQUISICION

AMBIENTE: _____ CONGELADAS: _____ NEVERA: _____ TOTAL: _____

FIRMA RECOLECTOR: _____ FIRMA LABORATORIO: _____