

SOLICITUD Y CONSENTIMIENTO PARA ENVÍO DE MUESTRAS

CÓDIGO F-CAL-42-04

> HOJA: 1 DE 1

INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
Procedencia:		No. de Registro en Genética:	
Nombre:		- 140. de registro en denetica.	
	Edad:		Género:
Fecha de nacimiento: Nombre del padre, madre o tutor legal:			
Teléfono:			
INFORMACIÓN DEL ESTUDIO Y DEL LUGAR DE EN	IVÍO		
Estudio a referir:		Código del estudio:	
Costo del estudio:		Forma de pago:	_
Sospecha diagnóstica:			entrega esperada:
Papelería especial que debe acompañar a la muestra:			
Nombre de la Institución a donde se envía:			
Nombre del contacto o persona destinataria:			
Correo electrónico:		_	
Dirección de envío:		Col.	
Ciudad:	Estado:		C.P
País	Teléfono:		Fax:
INFORMACIÓN DE LA MUESTRA			
Tipo de muestra:		Cantidad requerida:	
Condiciones de envío			
Estabilidad de la muestra:			
NOTAS:			
SOLICITANTE DEL ESTUDIO Y ENVÍO			
Nombre del médico responsable:		Firma: _	
Por éste medio hago constar que se me ha informado el nombre del Laboratorio responsable del estudio, así como su dirección, por lo cual autorizo al Departamento de Genética y/o sus representante(s) a realizar los trámites para el envío de la muestra. Se me ha explicado el contenido del consentimiento informado que solicita el Laboratorio al que se envía mi estudio.			
Solicitante (paciente) o su representante (familiar	o médico)	Responsable de s	u envío y custodia
Fecha de envío:			
Proveedor de envío: Número de guía (mensajería):			
Fecha y hora de recepción (destinatario):			
Recepción firmada por:			
Observaciones:			