|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS    **SOLICITUD DE EXAMENES DE LABORATORIO** | | | |
| Fecha de Solicitud <date> | PACIENTE EXTERNO X | | CAMA NUMERO |
| HACER EXAMENES EL DIA | | SERVICIO SOLICITANTE HEMODIALISIS UMF-UMAA 36 | |
| DIAGNOSTICOS DE PRESUNCION  INSUFICIENCIA RENAL CRONICA | | | |

|  |
| --- |
| NOMBRE DEL PACIENTE: <firstname> <secondname> <name> |
| CEDULA DE AFILIACION: <cedula> |
| NOMBRE DEL MEDICO: Dr. <mname> <mfname> <msname> |
| NUMERO DE MATRICULA: <matricula> |
| FIRMA: |

|  |
| --- |
| EXAMENES SOLICITADOS: <ex1> <ex2> <ex3> <ex4> <ex5> <ex6> <ex7> <ex8> <ex9> <ex10>  <ex11> |

|  |
| --- |
| **INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  ORDINARIO  x  URGENTE  SOLICITUD DE SERVICIOS 430-2000  NOMBRE <firstname> <secondname> <name> CEDULA <cedula>  PARA SER ATENDIDO POR <servicio1>  ENVIADO POR UNIDAD DE TRASPLANTES, PROTOCOLO TRASPLANTE RENAL  FECHA <date>   1. **Esta socilitud sera para uso interno de las unidades medicas.** 2. **Se empleara para solicitar consultas a diferentes servicios o para las actividades relacionadas con las campañas de medicina preventiva.** 3. **El medico del servicio consultado consignara la informacion: en la hoja para notas medicas 4-30-128 o en la hoja de actividades de medicina. Según sea el caso.** 4. **No debera anexarse al expediente.** 5. **Debera destruirse una vez que haya cumplido su objetivo.**   **|FORMA 4-30-200** |