|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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**  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: <2ex1> |