





Rangos Biológicos de Referencia

## **INFORME DE RESULTADOS**

| No. Orden:   | ID Paciente: | Muestra Colectada: |
|--------------|--------------|--------------------|
| Nombre:      |              | Tipo de Orden:     |
| Documento:   |              | Doctor:            |
| Procedencia: |              | Seguro Médico:     |

**DEPARTAMENTO:** 

Resultado Unidad



V2V-

Firma Autorizada

