

INFORME DE RESULTADOS

No. Orden:	ID Paciente:	Muestra Colectada:
Nombre:		Tipo de Orden:
Documento:	F/N:	Edad:
Procedencia:		Doctor:
		Seguro Médico:

DEPARTAMENTO:

Resultado

Unidad

Rangos Biológicos de Referencia



RESULTADOS



Firma Autorizada