**Laboratorios San Francisco**

|  |  |
| --- | --- |
| FOLIO DE VENTA: +++= venta.folio +++ | FECHA: +++=fechaVenta +++ |

**+++INS sucursal.nombre.toUpperCase()+++**

**+++= sucursal.direccion +++Teléfono: +++= sucursal.telefono +++**

**RECEPCIONISTA**: +++= cajero +++

|  |  |
| --- | --- |
| **DETALLES DEL CLIENTE** | |
| **CLIENTE:** +++= venta.cliente != null ? venta.cliente.nombre : 'Público General '+++ | |
| **RFC**: +++= venta.cliente != null ? venta.cliente.rfc : 'N/A '+++ | **TELÉFONO:** +++= venta.cliente != null ? venta.cliente.telefono : 'N/A '+++ |
| **EMAIL:** +++= venta.cliente != null ? venta.cliente.email : 'N/A '+++ | |

**DETALLE DE LA VENTA**

+++FOR item IN detalle+++

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PACIENTE** | +++= $item.paciente != null ? $item.paciente.nombre : 'No registrado'+++ +++= $item.paciente != null ? $item.paciente. apellidoPaterno: ''+++ +++= $item.paciente != null ? $item.paciente. apellidoMaterno: ''+++ | |
| **DESC**. | | **PRECIO** |
| +++=$item.servicio.nombre+++ | | $+++INS parseFloat($item.precio).toFixed(2) +++ |

+++END-FOR item +++

|  |  |
| --- | --- |
| **SUBTOTAL** | $+++=venta.total+++ |
| **DESCUENTO (+++=venta.descuento+++%)** | $+++INS ( parseFloat(venta.total) \* (parseFloat(venta.descuento) / 100) ).toFixed(2)+++ |
| **TOTAL** | $+++INS (parseFloat(venta.total) - (parseFloat(venta.total) \* (parseFloat(venta.descuento) / 100)) ).toFixed(2)+++ |
| **SALDO PENDIENTE** | $+++=venta.saldo+++ |
| **EFECTIVO RECIBIDO** | $+++=venta.efectivoRecibido+++ |
| **CAMBIO** | $+++=venta.cambio+++ |
| **+++=totalVentaLetra+++** | |

**FORMA DE PAGO**

+++FOR pago IN pagos+++

|  |  |
| --- | --- |
| **Forma de pago**. | **Monto** |
| +++IF $pago.tipo === 'EF'+++  EFECTIVO  +++END-IF+++  +++IF $pago.tipo === 'TA'+++  TARJETA  +++END-IF+++  +++IF $pago.tipo === 'TR'+++  TRANSFERENCIA  +++END-IF+++  +++IF $pago.tipo === 'CH'+++  CHEQUE  +++END-IF+++ | $+++INS ($pago.monto).toFixed(2) +++ |

+++END-FOR pago+++

**RECOMENDACIONES**

+++FOR element IN detalle+++

+++IF $element.recomendaciones?.length+++

|  |
| --- |
| **+++=$element.servicio.nombre+++** |
| +++= $element.recomendaciones +++ |

+++END-IF+++

+++END-FOR element +++

TE AVISAMOS CUANDO TUS RESULTADOS ESTÉN LISTOS

Nota: Los resultados serán enviados a tu correo electrónico

Para mayor información o aclaración de dudas, comunícate por WhatsApp al

55 39566729

+++FOR item IN detalle +++

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EXTRACCIÓN DE SANGRE**

**LABORATORIO CLÍNICO SAN FRNACISCO**

**FECHA:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_

**DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:**

La sangre se extrae empleando dispositivos estériles. En caso de que la punción no sea exitosa o la muestra fue insuficiente, es posible que se requiera una segunda punción.

La muestra nasofaríngeo se obtiene empleando un hisopo estéril.

**RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO**

* Leve dolor y ardor en el sitio de punción.
* En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor leve, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales.
* En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena.
* Leve ardor en fosas nasales, estornudos, ligero escurrimiento nasal, ligero lagrimeo.

Yo, **+++= $item.paciente === null ?** '\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_' **: $item.paciente.nombre+++ +++= $item.paciente != null ? $item.paciente.apellidoPaterno: ''+++ +++= $item.paciente != null ? $item.paciente.apellidoMaterno: ''+++**, autorizo al personal del Laboratorio Clínico San Francisco para realizar el procedimiento de venopunción.

Declaro que he leído y comprendido la información sobre el procedimiento. Me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento y comprendiendo el alcance de los riesgos, firmo por mi libre voluntad sin haber estado sujeto(a) a ningún tipo de presión, por lo anterior es mi decisión AUTORIZAR al personal de laboratorio para la toma de muestra.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FIRMA DEL PACIENTE**

Sus resultados serán entregados el día\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

+++END-FOR item +++