

FORMATO

FOR-LRRSP-095

SOLICITUD PARA INVESTIGACION DE MALARIA POR GOTA GRUESA.

Edición N° 1

		Fecha	a: /	/
RED:				
ESTABEC.SALUD:				
NOMBRE:				
EDAD:	. H.CL			
PROCEDENCIA:				
Gota Gruesa	Cultivo	Biopsia		
Diagnóstico	Alta al Tto.	Seg. Tto		
N° Registro:				
Tipo de Lesión:				
Firma Solicitante:				
RESULTADOS:				
0074 004504	OFFERENCIAL			
GOTA GRUESA POSITIVO NEGATIVO	COMITE	Redion		
	E CALIDAD	ALS,		
	N MARTIN			
N° Registro:		Fech	ha: /	′ /
/B JEFE DE UNIDAD				