

## Tecniscan de Guatemala

Boulevard Rafael Landivar 10-05 Zona 16 C.C. Paseo Cayala Locales A3 101 y 102 Tels. 24293500

Fax: 24293602

## RESULTADOS DE ANALISIS DE LABORATORIO

Orden No.	61724	Afiliacion No.	392303	Fecha Ingreso:	19/07/2017	Fecha Nac:	05/02/1960
Nombre:	AREVALO GAMBOA , FIDEL			Fecha Muestra	19/07/2017	Sexo:	Masculino
Dirección:	** Casa No.*			Edad	57	Telefono:	52043821
Referido Por:	CARRANZA SANCHEZ , LUIS PEDRO					Codigo:	3,281

## Hematología

Examen	Resultado	Unidades	Rango de Referencia		Clínicamente		Comentarios del
			Inferior	Superior	Significativo	Clinico	
Hematología Completa							
Globulos Rojos	5.46	millones/uL	4.69	6.13	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Hemoglobina	15.60	g/dL	14.10	18.10	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Hematocrito	45.40	%	37.00	54.00	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Recuento Globulos Blancos	5.64	miles/uL	4.60	10.20	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Formula Diferencial					<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Neutrofilos	50.20	%	37.00	80.00	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Linfocitos	43.90	%	10.00	50.00	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Monocitos	4.60	%	0.00	12.00	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Eosinofilos	1.10	%	0.00	7.00	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Basofilos	0.20	%	0.00	2.00	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Recuento de Plaquetas	237.00	miles/uL	142.00	424.00	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Velocidad de Sedimentacion	* 25.00	mm/1 hr	0.00	20.00	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
MCV (Volúmen Corpuscular Media)	83.10	fL	80.00	100.00	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
MCH (Hemoglobina corpuscular Media)	28.50	pgr	27.00	34.00	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
MCHC (Conc. Hb. Corpuscular Media)	34.30	g/dL	32.00	36.00	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Observaciones	-				<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

## Orina

Examen	Resultado	Unidades	Rango de Referencia		Clínicamente		Comentarios del
			Inferior	Superior	Significativo	Clínico	
Orina Completa							
Color	AMARILLO				<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Aspecto	LIGERAMENTE TURBIO				<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Olor	SUIGENERIS				<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

Karla Silva  
3458

Hecho Por: MAURA AMPARO GONZALEZ GUACAMAYA

20/07/2017 07:45:43a.m.

rpt\_OrdenServicios.rpt