

Nombre **SOPORTE ATHENEA**  
Identificacion **CC 112233** Tel.  
Edad **32 Años 10 Meses 29 Dias** Sexo **M**  
Medico **MEDICOS VARIOS**  
No. Ordenamiento

Fecha de recepcion: **08-jul-2019 12:25 am**  
Fecha de impresion:  
Empresa **VISITA MEDICA - VM1 (30)**  
Sede **PRINCIPAL**  
Fecha Validacion **10-jul-2019 3:24:00p.m.**

Copia

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
--------	-----------	----------	-----------------------

**ACIDO URICO**

**Metodo: Espectrofotometría**

8.0 mg/dl

V. de Referencia:

Hombres: Menor de 7 mg/dl

Mujeres: Menor de 5.7 mg/dl

**COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD (HDL)**

**Metodo: Espectrofotometría**

50 mg/dl 40 a 70

**CREATININA**

**Metodo: CINETICA**

1.20 mg/dl 0.8 a 1.3

**CLORO EN SANGRE**

**Metodo: Ion Selectivo**

100 mEq/L 98 a 108