



Nombre **AVILEZ GALLO ANDREA**
Identificacion **CC 1012404977**
Edad **26 Años 2 Meses 4 Dias**
Medico **MEDICOS VARIOS**
No. Ordenamiento
Tel. **3177284113**
Sexo **F**

Fecha de recepcion: **23-ene-2020 3:05 pm**
Fecha de impresion:
Empresa **COLCAN VITALEA**
Sede **SEDE VITALEA**
Fecha Validacion **25-ene-2020 7:43:00a.m.**

Copia



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

CHLAMYDIA TRACHOMATIS: Anticuerpos IgM
Metodo: Inmunoensayo Enzimático-EIA

2.5

V. de Referencia

Negativo: Menor de 9.0
Dudoso : 9.0 a 11.0
Positivo: Mayor de 11.0


DIAZ IBAÑEZ ELIANA
C.C 21.062.197
BACTERIOLOGA
DANIELA RIOS VILLAMIL
C.C 1.030.621.991
BACTERIOLOGA