



SALUD
GOBIERNO DEL ESTADO
DE CAMPECHE

**GOBIERNO
DE TODOS**

Secretaría de Salud del Estado de Campeche

Jurisdicción Sanitaria No. _____ Unidad _____

FOLIO
202__/

SOLICITUD DE EXAMENES DE LABORATORIO

CURP _____

Fecha: _____
dd mm aa

Nombre del Paciente: _____
Apellido paterno / Apellido materno / Nombre (s)

Edad: _____ Sexo: _____ Cama: _____ No. Expediente: _____

Servicio: _____

Diagnóstico: _____

Exámenes solicitados:

Observaciones: (incidentes y/o accidentes si los hubo)

Médico Solicitante: (nombre, firma y cédula profesional)



SALUD
GOBIERNO DEL ESTADO
DE CAMPECHE

**GOBIERNO
DE TODOS**

Secretaría de Salud del Estado de Campeche

Jurisdicción Sanitaria No. _____ Unidad _____

FOLIO
202__/

SOLICITUD DE EXAMENES DE LABORATORIO

CURP _____

Fecha: _____
dd mm aa

Nombre del Paciente: _____
Apellido paterno / Apellido materno / Nombre (s)

Edad: _____ Sexo: _____ Cama: _____ No. Expediente: _____

Servicio: _____

Diagnóstico: _____

Exámenes solicitados:

Observaciones: (incidentes y/o accidentes si los hubo)

Médico Solicitante: (nombre, firma y cédula profesional)