***LABORATORIO***

***PACIENTE******:*** *${name}*

***INDICACIÓN :*** *${indicacion}*

***FECHA*** ***:*** *${date}*

INMUNOLOGIA

**ANTIESTREPTOLISINAS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| DOSAJE DE ANTIESTREPTOLISINAS (ASO) : | **200** | Unid. Todd | V.N. : 100 U. Todd |