***LABORATORIO***

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

***INDICACIÓN :*** *${indicacion}*

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

**EXAMEN COMPLETO DE ORINA**

**Examen Macroscópico Valor Referencial**

Color : Amarillo Amarillo - Ámbar

Aspecto : Lig.Turbio Transparente – Ligero Turbio

PH : 6.5 5.0 – 7.0

Densidad: 1.020 1005 – 1030

**Examen Bioquímico**

Glucosa : Negativo Sangre : Negativo

Proteínas : Negativo Bilirrubina : Negativo

Nitritos : Negativo Urobilinogeno: Negativo

Cuerpos Cetónicos: Negativo Ácido ascórbico : Negativo

**Examen Microscópico Valor Referencial**

Células : Escasos x campo Ausentes – Escasas

Leucocitos : 2 - 4 x campo 1 – 2 x campo

Leucocitos aglutinados: Ausente Ausente

Hematíes : 1– 3 x campo 0 - 1 x campo

Gérmenes : - Ausentes

Hifas-Levaduras: Negativo Negativo

Filamentos Mucoide: Ausentes Ausentes - Escasos

Cristales : Ausentes Ausentes