***LABORATORIO***

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

***INDICACIÓN :*** *${indicacion}*

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

**PERFIL LIPIDICO**

**PRUEBA RESULTADO VALORES DE REFERENCIA**

**Colesterol Total** 179 mg/dl <200 mg/dl

**HDL Colesterol** 44 mg/dl 35-65 mg/dl

**LDL Colesterol** 107 mg/dl <130 mg/dl

**VLDL Colesterol** 28/mg/dl <35 mg/dl

**Triglicéridos** 140 mg/dl <160 mg/dl