

INFORMACIÓN MÉDICA

Médico tratante: _____
Nombre de la clínica / consultorio: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Telefono: _____
Correo electrónico de contacto: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre completo: _____ Fecha de nacimiento: **AAAA MM DD**
Tipo de identificación: C.C. C.E. T.I. PA No. _____ Edad: _____ Género: F M
Dirección: _____ Ciudad: _____ Telefono: _____

Para mayor precisión en los resultados, los pacientes no deben estar en TPN, dieta especial, terapias con suplementos dietarios o medicamentos. Por favor, escriba a continuación todos los medicamentos y/o suplementos que se le hayan prescrito al paciente, y actualmente este tomando.

Información clínica: _____

DATOS DEL PACIENTE

Muestra tomada por: _____ Fecha de toma de muestra: **AAAA MM DD**
Muestra tomada por: _____ Hora de recolección: **HH:MM**

Estad de ayuno: No es necesario realizar ayuno para el análisis de la muestra, sin embargo, los pacientes que se hayan tomado la muestra en estado de ayuno deben informarlo, para que se tenga en cuenta al momento de realizar el perfil bioquímico del paciente.

- Ayuno: (si el paciente solo ha recibido agua, durante las ocho horas previas a la recolección de la muestra)
- No ayuno: (si el paciente ha recibido alimentos o algún nutriente diferente a agua durante las ocho horas previas a la recolección de la muestra)

El médico tratante está autorizado por la ley para solicitar la realización de este examen. Confirmando que he suministrado la información sobre el examen y este a contenido realizado.

Firma del médico que ordena el examen: _____ Fecha: **AAAA MM DD**