

SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS IEIM

Fecha: _____

Ciudad: _____

1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE:

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
-----------------	------------------	---------

Identificación: Registro Civil T.I. Cédula Número

Fecha de Nacimiento: Día Mes Año Lugar: Sexo: F M

Acudiente: _____ Cédula: _____

Dirección: _____ Teléfono(s): _____

Nombre del Padre: _____ Nombre de la Madre: _____

2. IDENTIFICACIÓN DEL REMITENTE:

Médico Remitente: _____ Teléfono: _____

Entidad Remitente: _____ Teléfono: _____

Especialista Responsable: _____ Teléfono: _____

3. TIPO DE MUESTRA(S) ENVIADA(S): marque con una X

- Suero Orina (muestra única) Sangre desproteínizada
Plasma Orina (muestras fraccionadas) (lactato-piruvato)
LCR Sangre total con anticoagulante Otro. ¿Cuál? _____

Fecha de Recolección: Día Mes Año Hora de Recolección:

4. ANALISIS SOLICITADOS:

5. INFORMACIÓN CLÍNICA:

Medicamentos que esta tomando el paciente: _____

Impresión Diagnóstica: _____

Dieta actual: _____

Datos clínicos importantes: _____

6. OBSERVACIONES DEL MÉDICO O ENTIDAD REMITENTE:

7. PERSONA QUE TRANSPORTA LA MUESTRA

Nombre: _____ Firma: _____

8. RECEPCIÓN DE LA MUESTRA EN EL IEIM:

Estado de la muestra: _____ Fecha y hora: _____

Nombre: _____ Firma: _____