



Laboratorio Estatal de Salud Pública

Solicitud de análisis de muestras epidemiológicas (Cuotas de Recuperación)

1. DATOS DEL SOLICITANTE.

Nombre de la Institución:

Domicilio:

Teléfono:

Celular:

C.P.:

RFC:

Persona responsable del envío:

2. DATOS DEL PACIENTE.

Nombre:

Domicilio:

Teléfono:

Edad:

A

M

Sexo:

Hospitalización:

3. DATOS DE LA MUESTRA.

Fecha de Toma:

Fecha de Envío:

Muestra:

Tipo de Muestra:

4. PRUEBA DIAGNÓSTICA SOLICITADA.

5. ENTREGA DE LA MUESTRA

Nombre y Firma(mensajero):

(USO EXCLUSIVO DEL LESPH)

6. DATOS DE INGRESO AL LABORATORIO:

Lugar de toma de muestra:

Fecha y Hora de Recepción:

Documento de Ingreso:

No. de recibo de pago:

Folio:

Importe:

Observaciones: