

FORMATO PARA ENVÍO DE MUESTRAS

FECHA día mes año

DATOS DEL PACIENTE

Nombre _____

Fecha de nacimiento día mes año _____

Edad años meses Género femenino masculino _____

DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

Nombre _____

Correo electrónico _____

Teléfono con LADA _____

ANTECEDENTES

DATOS CLÍNICOS RELEVANTES

ESTUDIOS DE LABORATORIO RELEVANTES

TRATAMIENTO ADMINISTRADO

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO

INFORMACIÓN PARA PROCESAR LA MUESTRA

<p>TIPO DE MUESTRA Fecha de la toma</p> <p>_____</p> <p> día mes año</p> <p><input type="radio"/> Biopsia de _____</p> <p> FIJADOR EMPLEADO _____</p> <p><input type="radio"/> Bloques incluidos en parafina de _____</p> <p><input type="radio"/> Frotis de _____</p> <p><input type="radio"/> OTROS _____</p>	<p>BIOPSIAS Y PIEZAS QUIRÚRGICAS</p> <p>Deben estar inmersas en suficiente solución de formol amortiguado al 10%:</p> <p style="text-align: center;">FÓRMULA</p> <table border="0"> <tr> <td>Formaldehído 37-40%</td> <td style="text-align: right;">100 mL</td> </tr> <tr> <td>agua destilada</td> <td style="text-align: right;">900 mL</td> </tr> <tr> <td>fosfato de sodio monobásico</td> <td style="text-align: right;">4.0g</td> </tr> <tr> <td>fosfato de sodio dibásico (anhidro)</td> <td style="text-align: right;">6.5g</td> </tr> </table>	Formaldehído 37-40%	100 mL	agua destilada	900 mL	fosfato de sodio monobásico	4.0g	fosfato de sodio dibásico (anhidro)	6.5g
Formaldehído 37-40%	100 mL								
agua destilada	900 mL								
fosfato de sodio monobásico	4.0g								
fosfato de sodio dibásico (anhidro)	6.5g								

ESTUDIOS SOLICITADOS