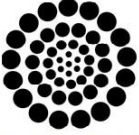


SUBSECRETARÍA DE SALUD DE NEUQUÉN	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	
 Laboratorio Central	FORMULARIO	Código: F-LCLH- PRE-01 Versión:01
LABORATORIO CENTRAL	Formulario para la derivación de muestra para estudio de HLA-DQ	Página 1 de 1

Identificación del Paciente

DNI: _____

Apellidos y nombres: _____

Fecha de nacimiento: ___/___/___

Sexo: Fem. Masc.

Domicilio actual: _____

Obra social: _____

Estudios Solicitados

Resultado Serología: _____

Resultado Biopsia: _____

Muestra

Fecha de toma : ___/___/___

Datos del Solicitante

Efactor solicitante: _____

Fecha de solicitud: ___/___/___

Firma y sello del médico: _____

Email: _____

Teléfono: _____