

SOLICITUD DE SERVICIOS

IMPORTANTE: LLENE LA SIGUIENTE INFORMACION DE FORMA CLARA, COMPLETA Y SIN ABREVIATURAS PARA LA REALIZACION DE SUS ESTUDIOS.

DATOS				CLAVE DE ESTUDIO:	EXAMENES SOLICITADOS	COSTO
NOMBRE(S)		APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	TIPO DE MUESTRA:		
ESPECIALIDAD	SEXO H <input type="radio"/> M <input type="radio"/>	F.U.M.				
HOSPITAL		VOLUMEN				
SERVICIO						

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)	TIPO DE MUESTRA:		
EDAD	SEXO H <input type="radio"/> M <input type="radio"/>	F.U.M.				
DX. PRESUNTIVO		VOLUMEN				
FECHA Y HORA DE TOMA						

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)	TIPO DE MUESTRA:		
EDAD	SEXO H <input type="radio"/> M <input type="radio"/>	F.U.M.				
DX. PRESUNTIVO		VOLUMEN				
FECHA Y HORA DE TOMA						

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)	TIPO DE MUESTRA:		
EDAD	SEXO H <input type="radio"/> M <input type="radio"/>	F.U.M.				
DX. PRESUNTIVO		VOLUMEN				
FECHA Y HORA DE TOMA						

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)	TIPO DE MUESTRA:		
EDAD	SEXO H <input type="radio"/> M <input type="radio"/>	F.U.M.				
DX. PRESUNTIVO		VOLUMEN				
FECHA Y HORA DE TOMA						

REQUERIMIENTO DE MATERIAL	OBSERVACIONES	
A PAGAR :	NUMERO DE ESTUDIOS:	TOTAL:

MODO DE PAGO:
 EFECTIVO DEPOSITO CHEQUE TRANSFERENCIA ELECTRONICA

IMPORTE \$