

SOLICITUD DE ANALISIS				A RELLENAR POR EL SOLICITANTE	
IDENTIFICACION DEL PACIENTE				PETICION MEDICO/ LABORATORIO	
NOMBRE / REFERENCIA				NOMBRE	DR.
APELLIDOS				HOSPITAL/ SERVICIO	
SEXO	MASCULINO <input type="checkbox"/>	FEMENINO <input type="checkbox"/>		IDENTIFICACION Nº	
FECHA DE NACIMIENTO			EDAD	DIRECCION	
TFNO.					
INFORMACION DE LA MUESTRA				TELEFONO	
TIPO MUESTRA	ADN <input type="checkbox"/>	SANGRE <input type="checkbox"/>	CELS FIJADAS <input type="checkbox"/>	FAX	
	LIQUIDO AMNIOTICO <input type="checkbox"/>	V. CORIAL <input type="checkbox"/>	OTROS (ESPECIFICAR)	E-mail:	
ID muestra /CÓDIGO				DATOS FACTURACION	
FECHA EXTRACCION	DÍA	MES	Año	CENTRO... <input type="checkbox"/>	
PROCEDENCIA				SOCIEDAD.....	
FECHA RECEPCION	DÍA	MES	Año	PARTICULAR. <input type="checkbox"/>	
PROCEDENCIA				NOMBRE.....	
ESTUDIO SOLICITADO				NIF.....DIRECCION	
ESTUDIO PRENATAL	CARIOTIPO <input type="checkbox"/>	FISH <input type="checkbox"/>	MOLECULAR <input type="checkbox"/>	
				PAGADO SI.. <input type="checkbox"/> ..NO <input type="checkbox"/>	
ESTUDIO POSTNATAL	CARIOTIPO <input type="checkbox"/>	FISH <input type="checkbox"/>	MOLECULAR <input type="checkbox"/>	RECEPCION DE INFORMES	
TEST SOLICITADO				NOMBRE	
				DIRECCION	
OTROS TEST				RECEPCION DE INFORMES	<input type="checkbox"/> correo <input type="checkbox"/> mail <input type="checkbox"/> fax
OBSERVACIONES				E-mail:	
				TFNO /FAX:	
CONSENTIMIENTO INFORMADO	DECLARO QUE EL PACIENTE IDENTIFICADO EN ESTA SOLICITUD, HA FIRMADO EL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTE ESTUDIO GENÉTICO				
INFORMACION CLINICA	FIRMA				
Aportar en hoja adjunta (si es necesario)					