



CLÍNICA SANTA
MARGARITA & MARÍA

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre completo: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono: _____

Procedencia: _____ Hora de toma: _____

Médico tratante: _____ Fecha y hora prometida de entrega: _____

Persona autorizada para recoger resultados: _____
(Obligatorio presentar identificación Oficial)

Observaciones

Autoriza que se compartan los resultados con su médico tratante: SI NO

Autoriza el envío de sus resultados por correo electrónico: SI NO

Firma del paciente o tutor

