|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No. Registro |  | Fecha |  |
| Nombre |  | Edad |  |
| D. Identidad |  | Genero |  |
| Entidad |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Examen solicitado |  |
| Tipo de muestra |  |
| Método |  |

|  |
| --- |
| Resultado |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Responsable | | Fecha reporte |
| Firma: | Nombre:  Cargo:  No. Registro: |  |