



FORMULARIO DE AUTORIZACION PARA LABORATORIOS EXTERNOS

Nombre y Apellido:
Nº HC:
Servicio Solicitante:
Obra Social:
Diagnóstico:

Fecha:

Solicito Dosaje de:

Voriconazol
Itraconazol
Posaconazol

Otros:

Firma Médico
de Planta

Firma
Director



FORMULARIO DE AUTORIZACION PARA LABORATORIOS EXTERNOS

Nombre y Apellido:
Nº HC:
Servicio Solicitante:
Obra Social:
Diagnóstico:

Fecha:

Solicito Dosaje de:

Voriconazol
Itraconazol
Posaconazol

Otros:

Firma Médico
de Planta

Firma
Director