



Hospital de Pediatría S.A.M.I.C.
"Prof. Dr. Juan P. Garrahan"

Institución que deriva la muestra:

Planilla para ingreso de muestras - Laboratorio Garrahan	
Paciente	
Nombre y apellido	
Fecha de nacimiento	
Lugar de Nacimiento	
Nacionalidad	
Nº HCl. Institución	
DNI	
Domicilio	
Teléfono	
Padre/ madre/ tutor	
Nombre y apellido	
DNI	
Fecha de Nacimiento	
Obra Social *	
Nº afiliado (Paciente)	
Nombre de Titular	
Nº afiliado Titular	
Lugar, función y dirección del trabajo	
Nombre de la Empresa / tel	
Datos de material enviado	
Laboratorio efector al que se envía la muestra	
Estudios Solicitados	
Fecha de recolección	
Breve descripción del material enviado	
Firma y sello médico	
E-mail médico responsable	
Nº fax / e-mail Institución derivante	
Nombre y apellido del profesional del H.Garrahan que autoriza la derivación	
Firma y aclaración del titular de la obra social *	

Enviar esta planilla completa junto con las muestras rotuladas, de lunes a viernes de 08 a 12hs.
Entregar en Laboratorio Hospital Garrahan - Sector Azul PB – Autorización N°



Hospital de Pediatría S.A.M.I.C.
"Prof. Dr. Juan P. Garrahan"

Institución que deriva la muestra:

Forma de envío de la muestra

1. Rotular la caja de transporte de la muestra con la siguiente etiqueta:

Hospital de Pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan
Combate los Pozos 1881 – Laboratorio Central
(1245) Ciudad De Buenos aires

MUESTRA DE LABORATORIO

FRAGIL

Refrigerada: Si No

2. Dentro del envío incluir la Planilla para ingreso de muestras con todos los ítems completos.

*Si la muestra se envía a través de RedLab (Red de Laboratorios del GCBA)
no complete este campo

**Enviar esta planilla completa junto con las muestras rotuladas, de lunes a viernes de 08 a 12hs.
Entregar en Laboratorio Hospital Garrahan - Sector Azul PB – Autorización N°**