



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



OCLab
Oficina de Comunicación
Laboratorios Garrahan

SOLICITUD PARA LA DERIVACION DE MUESTRAS LABORATORIO HOSPITAL GARRAHAN

Hospital de origen.....	Fecha.....
Institución: Tel/Fax.....	email.....
Profesional Solicitante.....	Área/Servicio.....
email	

Datos del paciente (Incluir 1 paciente por planilla)			
Apellido y Nombres.....			
Fecha de Nacimiento.....	DNI.....	N° HC.....	
Cobertura médica	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Cual?

Análisis solicitado:.....

.....

Resumen de Historia Clínica (HC)

Datos que considere importantes y que justifiquen la solicitud de análisis

Firma y sello médico

----- Uso **exclusivo** Laboratorio Hospital Garrahan -----

Autorizado No Si

Solicitud N°

Firma y Sello