

	CUESTIONARIO PARA FENOTIPO INMUNOLÓGICO <i>Laboratorio de Referencia ELL, S.A. DE C.V.</i>		CÓDIGO: F-OPE-08	VERSIÓN: 00
			SUSTITUYE A: N/A	VERSIÓN: N/A
			OFICIAL: NOV 2022	VIGENCIA NOV 2025

DD / MM / AAAA HH:MM	FECHA DE ENVÍO DD / MM / AAAA	FECHA DE RECEPCIÓN ELI DD / MM / AAAA	FOLIO EXCLUSIVO ELI
-------------------------	----------------------------------	--	------------------------

NO. CLIENTE	NOMBRE DEL LABORATORIO	MEDICO TRATANTE
-------------	------------------------	-----------------

NOMBRE DEL PACIENTE		
---------------------	--	--

SEXO: MASC. FEM. EDAD: _____ años

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO	DATOS CLÍNICOS
------------------------	----------------

DATOS DEL ESPECÍMEN
ANTICOAGULANTE UTILIZADO: VOLUMEN DE LA MUESTRA (mL):

INFORMACIÓN ADICIONAL

IMPORTANTE

Este cuestionario **debe** ser llenado en su totalidad, de forma legible y entregado junto con la muestra del paciente y la solicitud de estudios de maquila. En caso de incumplimiento, la muestra será retenida sin proceso.