

FORMULARIO DE INGRESO PRETIX
LAG-FOR-22 V2, 03/03/2020

DATOS DEL PACIENTE

Nombre del paciente:	
Identificación:	Dirección:
Fecha de nacimiento:	Teléfono:
Edad:	E-mail:
Sexo	
Médico tratante:	

DATOS DEL REMITENTE (aplica para convenios institucionales):

Nombre del convenio institucional:	
Dirección :	
Teléfono:	Email:

DATOS DE LA MUESTRA

Fecha de la toma:	Hora de la toma:
-------------------	------------------

TIPO DE MUESTRA

Marcar	MUESTRA	OBSERVACION
	Biopsia de piel fetal (Almacenado en alcohol)	
	Vellosidad corial (Almacenado en alcohol)	
	Restos ovulares (Almacenado en alcohol)	
	Líquido amniótico	
	Sangre fetal (almacenar en tubo EDTA)	
	ADN	
	Otras	

Edad gestacional en semanas: _____

PROTECCIÓN DE DATOS

La información proporcionada se encuentra protegida conforme a la política de tratamiento de datos personales contemplados en la Ley 1266 de 2008, Ley 1581 de 2012 y Ley 1712 de 2014.