

FORMULARIO DE INGRESO PRETIX  
LAG-FOR-22 V3, 24/09/2022

DATOS DEL PACIENTE		
Nombre del paciente:		
Identificación:	Fecha de nacimiento: dd/mm/aaaa	
Dirección:	Edad:	Sexo:
Teléfono:	E-mail:	
Médico tratante (Nombre y Apellido):		

DATOS DEL REMITENTE (aplica para convenios institucionales):	
Nombre del convenio institucional:	Ciudad:
Teléfono:	Email:

DATOS DE LA MUESTRA	
Fecha de la toma: dd/mm/aaaa	Hora de la toma:

TIPO DE MUESTRA		
MARCAR CON UNA X	MUESTRA	OBSERVACIÓN
	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	
	Bloque de parafina	
	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.