

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

2. DATOS DEL REMITENTE (aplica para convenios institucionales):	
Nombre de la institución:	Ciudad:
Email para notificaciones:	Teléfono:
Paciente particular Si __ No __	

Examen(es) solicitado(s): Genex Match

3. DATOS DEL DONANTE (Match)
Nombre Completo:
Identificación:

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.



BOGOTÁ

Cl 77 No. 11-19 / Of. 605

PBX: (601) 312 0200 - (601) 312 0134

Celular: (+57) 315 827 9824 - (+57) 317 481 3198 - (+57) 313 631 4132



MEDELLÍN

Cra 25 A No. 1A Sur - 45 Parque Comercial El Tesoro

Torre Médica 2, Piso 13, Consultorio 1349.

Celular: (+57) 317 516 7297 - (+57) 316 529 6056

