

| 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

