

DATOS DEL PACIENTE		
NOMBRE Y APELLIDO:		
EDAD:	SEXO: F M	
DNI:	FECHA DE NACIMIENTO: / /	
TELÉFONO DE CONTACTO:		
DOMICILIO:		
COBERTURA:	CARNET:	
F.U.M.:	FECHA ÚLTIMO PAP: / /	
DATOS DE LA MUESTRA		
SELECCIONAR LO QUE SE ENVÍA	PAP <input type="checkbox"/>	BIOPSIA <input type="checkbox"/>
	CITOLOGÍA <input type="checkbox"/>	MUESTRA PARA HPV <input type="checkbox"/>
OBSERVACIONES		
ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS		
FECHA DE TOMA DE MUESTRA: / /		
DATOS DE LA INSTITUCIÓN		
CENTRO DE TOMA DE MUESTRA:		
MÉDICO SOLICITANTE:		

Ante cualquier consulta, comunicarse al teléfono 0291 4511892 o al WhatsApp 291 4 322 450 de lunes a viernes de 8 a 18hs.