

DATOS DEL PACIENTE		
NOMBRE Y APELLIDO:		
EDAD:	SEXO: F M	
DNI:	FECHA DE NACIMIENTO: / /	
TELÉFONO DE CONTACTO:		
DOMICILIO:		
COBERTURA:	CARNET:	
TELÉFONO DE CONTACTO FAMILIAR:		
DATOS DE LA MUESTRA		
TIPO	PIEZA QUIRÚRGICA <input type="checkbox"/>	MATERIAL DE PUNCIÓN <input type="checkbox"/>
	TACO FFPE <input type="checkbox"/>	EXTENDIDOS/CORTES <input type="checkbox"/>
	TEJIDO FRESCO <input type="checkbox"/>	OTRO: _____
LOCALIZACIÓN (órgano, lateralidad)		
NRO MUESTRAS (ej: 1 frasco, 2 vidrios, etc)		
DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO:		
FECHA DE TOMA DE MUESTRA: / /		
OBSERVACIONES:		
DATOS DE LA INSTITUCIÓN		
CENTRO DE TOMA DE MUESTRA:		
MÉDICO SOLICITANTE:		
RESPONSABLE QUE ENVÍA:		
TELÉFONO DE CONTACTO:		