

Cadena de custodia

Nombre del paciente: _____

Consultorio: _____ Hospital: _____

Departamento: _____ Hospitalizado Ambulatorio

Teléfono del paciente (con clave LADA): _____ Tel.Celular: _____

e-mail del paciente: _____

Médico tratante: _____

Nombre del que entrega la muestra: _____

Nombre de quien recibe la muestra: _____

Conceptos recibidos:

Estado en que se recibe la muestra:

Firma, nombre y fecha de quien recibe

Firma y nombre de quien entrega

servicios@onkogenetik.com.mx