CLÍNICA San Rafael	NOMBRE **RÓTULO PARA ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO**		CÓDIGO **05-FT-013**
	TIPO DE DOCUMENTO **FORMATO**	PROCESO **MISIONAL**	VERSIÓN 002

NOMBRE: **N° ID:**

FECHA: **HORA DE FIJACIÓN:**

ESPECIMEN (NOMBRE/LOCALIZACIÓN ANATÓMICA):

PROCEDIMIENTO:

LATERALIDAD **DERECHA:** _____ **IZQUIERDA:**_____ **UNICA**_____

MÉDICO QUE SOLICITA EL ESTUDIO:

CLÍNICA San Rafael	NOMBRE **RÓTULO PARA ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO**		CÓDIGO **05-FT-013**
	TIPO DE DOCUMENTO **FORMATO**	PROCESO **MISIONAL**	VERSIÓN 002

NOMBRE: **N° ID:**

FECHA: **HORA DE FIJACIÓN:**

ESPECIMEN (NOMBRE/LOCALIZACIÓN ANATÓMICA):

PROCEDIMIENTO:

LATERALIDAD **DERECHA:** _____ **IZQUIERDA:**_____ **UNICA**_____

MÉDICO QUE SOLICITA EL ESTUDIO: