

BIOQUIMICA 1

Fecha

Area

Tecnologo Responsable: .....

H. Clinica	Nombres	Area Origen	# Factura	Glucosa		Urea		Creatinina		P.C.R.		Triglicidos		Asto		R.A. Test		Amilasa		Lipasa		Sodio		Potasio		Cloro			
				R	#D	R	#D	R	#D	R	#D	R	#D	R	#D	R	#D	R	#D	R	#D	R	#D	R	#D	R	#D	R	#D

Firma de Responsabilidad Observaciones

BIOQUIMICA 2

Fecha

Area

Tecnologo Responsable: .....

N° MUESTRA	H. Clinica	Nombres	Area Origen	# Factura	Acido Urico		T.G.O		T.G.P		Gamma Glut.		Calcio		Colesterol		Proteina Total		Albumina		Globulina		B Total		B Directa		B Indirecta				
					R	#D	R	#D	R	#D	R	#D	R	#D	R	#D	R	#D	R	#D	R	#D	R	#D	R	#D	R	#D	R	#D	

Firma de Responsabilidad Observaciones

