

SUS RESULTADOS EN LÍNEA: www.labreferencia.com

Fecha: (D/M/A)

Nombre (s):

Apellido (s):

Cédula/Pasaporte:

Edad: Fecha de nacimiento (D/M/A):

Sexo: M F Teléfono:

Doctor/Laboratorio: No. Cliente:

Centro de Salud: Ciudad:

TOMA DE MUESTRAS	Fecha: (D/M/A) <input type="text"/>	Hora: <input type="text"/> AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>
------------------	-------------------------------------	--

GLÁNDULA TIROIDES:
FAVOR MARCAR CON UNA X LUGAR
DE LA TOMA DE MUESTRA

DERECHA



IZQUIERDA

Nódulo (s): <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Cantidad: <input type="text"/>	Características:
Localización	Calcificaciones:	
Tamaño: <input type="text"/> X <input type="text"/> cm.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

Diagnóstico presuntivo:

Sinopsis o historia clínica:

Recomendación: Antes de hacer uso de éste documento, favor confirmar su vigencia en el software ISOLucion por si ha sido modificada la versión. Las modificaciones y/o actualizaciones de éste documento deberán solicitarlas a control de documentos.