



SOLICITUD DE ESTUDIO SUBROGADO

ORDINARIA

URGENTE

DATOS DEL PRESTADOR DE SERVICIO SUBROGADO

DATOS DEL PACIENTE

ESTUDIO(S) SOLICITADO(S)

- LABORATORIO:
- FECHA DE ENVIO DE MUESTRA:
- FECHA DE ENTREGA DE RESULTADO(S): _____

- NOMBRE:
- FECHA DE NACIMIENTO:
- SEXO:
- MEDICO:

•

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE RECIBE LA MUESTRA

NOTA: Se deberá entregar una copia al servicio subrogado y el mismo deberá firmar de acuse para control interno CEMA.