

DATOS DEL PACIENTE

Nombres y apellidos: _____

Tipo de documento: C.C. C.E. R.C. T.I. P.A. No. de documento: _____Edad: _____ Género: Femenino Masculino **DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA A CUSTODIAR**Tipo de muestra: Sangre Orina Otro - Cuál _____Tipo de embalaje: Tubo Frasco Caja Bolsa Papel Otro - Cuál _____

Examen a realizar: _____

N. de muestras

No

ENTIDAD QUE REMITE A LABORATORIO COLCANEntidad que **toma** la muestra: _____Profesional que **solicita** el análisis: _____Persona que **toma** la muestra: _____No. de identificación: _____ Fecha: **AAAA MM DD** Hora: _____Persona que **envía** la muestra: _____No. de identificación: _____ Fecha: **AAAA MM DD** Hora: _____Persona que **recibe y transporta** la muestra: _____No. de identificación: _____ Fecha: **AAAA MM DD** Hora: _____**TRAZABILIDAD SEDES LABORATORIO COLCAN**Sede en la que se **toma** la muestra: _____Persona que **toma o recibe** la muestra: _____No. de identificación: _____ Fecha: **AAAA MM DD** Hora: _____Persona que **envía** la muestra: _____No. de identificación: _____ Fecha: **AAAA MM DD** Hora: _____Persona que **recibe y transporta** la muestra: _____No. de identificación: _____ Fecha: **AAAA MM DD** Hora: _____**TRAZABILIDAD LABORATORIO COLCAN SEDE PRINCIPAL**Persona que **recibe** la muestra: _____No. de identificación: _____ Fecha: **AAAA MM DD** Hora: _____Persona que **ingresa** la muestra: _____No. de identificación: _____ Fecha: **AAAA MM DD** Hora: _____Persona que **entrega** la muestra en sección: _____No. de identificación: _____ Fecha: **AAAA MM DD** Hora: _____Persona que **recibe** la muestra en sección: _____No. de identificación: _____ Fecha: **AAAA MM DD** Hora: _____Persona que **procesa** la muestra en sección: _____No. de identificación: _____ Fecha: **AAAA MM DD** Hora: _____Persona que **supervisa** en sección: _____No. de identificación: _____ Fecha: **AAAA MM DD** Hora: _____

Observaciones: _____
