

FECHA: AAAA MM DD
CÓDIGO: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: **AAAA MM DD**

Tipo de identificación: C.C. C.E. T.I. No. de identificación: _____ Lugar de nacimiento: _____

Institución: _____ Tipo de trasplante: _____

Donante: _____ Diagnóstico: _____

Médico tratante: _____ Fecha de toma de muestra: **AAAA MM DD**

Díálisis: Sí No Tipo: Hemodialisis Peritoneal Frecuencia: _____

Transfusión: Sí No Fecha de última transfusión: **AAAA MM DD**

Muestra tomada por: _____