

Nº 4

**CENTRO HOSPITALARIO DEL NORTE  
"GUSTAVO SAINT BOIS"  
SOLICITUD DE ESTUDIOS DE LABORATORIO**



DATOS DEL USUARIO	FECHA		
-------------------	-------	--	--

NOMBRE			
EDAD		C.I.	
PISO		CAMA	

**ESTUDIOS SOLICITADOS**

HEMOGRAMA	
VES	
GLICEMIA	
CETONEMIA	
CRISIS	
ORINA COMPLETA	

IONOGRAMA	
FUNCIONAL HEPATICO	
AZOEMIA	
CREATINEMIA	
URICEMIA	
H.I.V.	

FIRMA

**CENTRO HOSPITALARIO DEL NORTE  
"GUSTAVO SAINT BOIS"  
SOLICITUD DE ESTUDIOS DE LABORATORIO**



DATOS DEL USUARIO	FECHA		
-------------------	-------	--	--

NOMBRE			
EDAD		C.I.	
PISO		CAMA	

**ESTUDIOS SOLICITADOS**

HEMOGRAMA	
VES	
GLICEMIA	
CETONEMIA	
CRISIS	
ORINA COMPLETA	

IONOGRAMA	
FUNCIONAL HEPATICO	
AZOEMIA	
CREATINEMIA	
URICEMIA	
H.I.V.	

IMP. CILGRAF

FIRMA