**CENTRO EXPERIMENTAL DE DIAGNÓTICO E INVESTIGACIÓN MOLECULAR**

**DATOS BÁSICOS DEL PACIENTE**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE COMPLETO** | **NOMBRE DE LA IPS** |
| **TIPO DOCUMENTO** | **MUNICIPIO DE TOMA DE MUESTRA** |
| **NÚMERO DE DOCUMENTO** | **FECHA Y HORA DE TOMA DE MUESTRA** |
| **GÉNERO** | **FECHA DE RECEPCIÓN** |
| **TELÉFONO** | **EXAMEN SOLICITADO** |
| **FECHA DE NACIMIENTO** | **TIPO DE MUESTRA** |
| **EDAD** | **FECHA DE RESULTADO** |

**DATOS DE LA PRUEBA**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE DE LA PRUEBA:** |  |
| **DESCRIPCIÓN DE LA PRUEBA:** |  |
| **PLATAFORMA UTILIZADA:** |  |
| **RESULTADO CUALITATIVO:** |  |
| **RESULTADO CUANTITATIVO:** |  |
| **VALIDACIÓN DE LA PRUEBA:** |  |
| **VALORES DE REFERENCIA:** |  |

**Nota:** Este resultado debe correlacionarse con los datos clínicos del paciente.

**Realizado por:**

**Bacteriólogo y Laboratorista Clínico**

**LABORATORIO CEDIMOL**