

PRESCRIPCIÓN CLÍNICA

Datos del prescriptor

Nombre y Apellidos

Nº Colegiado

Clínica

Fecha

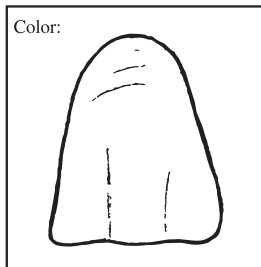
Firma doctor

Datos del paciente

Nombre

Prescripción* (sólo trabajo a realizar)

Color:



*Por favor, indicad sólo el trabajo a realizar. Las fechas de prueba, terminado o cualquier otra indicación del trabajo, anotadla en "INDICACIONES" en la columna de la derecha. Gracias.

Nº Control Laboratorio

INDICACIONES:

