

## PRESCRIPCIÓN CLÍNICA

### Datos del prescriptor

\_\_\_\_\_  
Nombre y Apellidos

\_\_\_\_\_  
Nº Colegiado

\_\_\_\_\_  
Clínica

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma doctor

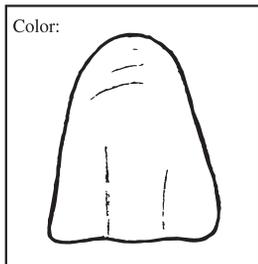
### Datos del paciente

\_\_\_\_\_  
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:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_