



MEDICAL DIAGNOSTIC TECHNIQUES S.A. de C.V.

Laboratorio Clínico de Alta Especialidad

**FORMATO IDENTIFICACIÓN PARA ESTUDIOS DE CARIOTIPO**

Nombre de paciente: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F

Especimen: \_\_\_\_\_

Antecedentes heredo-familiares: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Diagnóstico presuntivo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Médico solicitante: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

FO-LAB-23