



FECHA SOLICITUD

/ /

Rellenar con letras mayúsculas
No rellenar los espacios sombreados.
Ver "Guía para el envío de muestras".

ID

DATOS DEL PACIENTE (CASO ÍNDICE)

(Rellenar o pegar una pegatina)

Número Historia Clínica	Fecha de Nacimiento	Varón <input type="checkbox"/>	Mujer <input type="checkbox"/>
Nombre			
1 ^{er} Apellido			
2 ^o Apellido			

DATOS MÉDICO SOLICITANTE

Nombre y Apellidos		
Hospital		Servicio
Dirección	Ciudad	C.P.
e-mail		Teléfono

ESTUDIOS GENÉTICOS PREVIOS

NO

SI Se adjunta informe estudios previos: Sí No

ANÁLISIS SOLICITADOS

EXOMA (NGS)

AUTORIZACIÓN ESTUDIO: Vº Bº Representante Legal del Organismo. Fecha...../...../.....

Sr/a., Dr./a..... Cargo..... Sello.....

MUESTRAS ENVIADAS

SANGRE (En EDTA)

ADN

OTRAS _____

OBSERVACIONES

CONSENTIMIENTO INFORMADO

SI. Adjuntar copia(s) firmada(s)

NO. No se realizará el estudio genético