|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **PROCESO DE GESTIÓN DE APOYO A LA ACADEMIA** | | | | | | | | | | | | |
| **FORMATO DE SOLICITUD DE ANÁLISIS DE LABORATORIO CLÍNICO VETERINARIO – INDIVIDUAL** | | | | | | | | | | | | |
| ***Código:*** *FO-GAA-30* | | | ***Versión:*** *06* | | | ***Fecha de aprobación:*** *24/07/2023* | | | | | | ***Página:*** *1 de 1* |
| **FECHA** | **HISTORIA CLÍNICA No** | | | **TIPO DE SERVICIO**  **P. SOCIAL: \*DOCENCIA: \*INVESTIGACIÓN:** | | | | | | | | | **ANÁLISIS N°** | |
| **NOMBRE DEL PACIENTE** | | | **ESPECIE** | | | **RAZA** | | | | **SEXO** | | **EDAD** | | |
| **PROPIETARIO** | | | **PROCEDENCIA** | | | | **CLÍNICO SOLICITANTE** | | | | **FECHA DE TOMA DE LA MUESTRA** | | | |
| **TIPO DE MUESTRA Y MÉTODO DE COLECTA**    **ANÁLISIS SOLICITADO** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | |  | | | | | |
| **FIRMA CLÍNICO SOLICITANTE** | | | | | **FIRMA COORDINADOR LABORATORIO** | | | | | |

**\*NOTA: Toda solicitud por Docencia o Investigación debe llevar firma del Coordinador del Laboratorio Clínico Veterinario.**



|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **PROCESO DE GESTIÓN DE APOYO A LA ACADEMIA** | | | | | | | | | | | | |
| **FORMATO DE SOLICITUD DE ANÁLISIS DE LABORATORIO CLÍNICO VETERINARIO – INDIVIDUAL** | | | | | | | | | | | | |
| ***Código:*** *FO-GAA-30* | | | ***Versión:*** *06* | | | ***Fecha de aprobación:*** *24/07/2023* | | | | | | ***Página:*** *1 de 1* |
| **FECHA** | **HISTORIA CLÍNICA No** | | | **TIPO DE SERVICIO**  **P. SOCIAL: \*DOCENCIA: \*INVESTIGACIÓN:** | | | | | | | | | **ANÁLISIS N°** | |
| **NOMBRE DEL PACIENTE** | | | **ESPECIE** | | | **RAZA** | | | | **SEXO** | | **EDAD** | | |
| **PROPIETARIO** | | | **PROCEDENCIA** | | | | **CLÍNICO SOLICITANTE** | | | | **FECHA DE TOMA DE LA MUESTRA** | | | |
| **TIPO DE MUESTRA Y MÉTODO DE COLECTA**  **ANÁLISIS SOLICITADO** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | |  | | | | | |
| **FIRMA CLÍNICO SOLICITANTE** | | | | | **FIRMA COORDINADOR LABORATORIO** | | | | | |

**\*NOTA: Toda solicitud por Docencia o Investigación debe llevar firma del Coordinador del Laboratorio Clínico Veterinario.**