

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL PARA EL BIENESTAR
JEFATURA DE ATENCIÓN MEDICA
SOLICITUD DE MUESTRA DE PATOLOGÍA

No. de solicitud	
Fecha	

UNIDAD MEDICA:		REGIÓN:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		CURP:		SEXO:	
DIAGNÓSTICO:				PROCEDIMIENTO REALIZADO:	
NOMBRE DEL SOLICITANTE:				MEDICO QUE TOMO LA MUESTRA:	
NUMERO	TIPO DE MUESTRA			FOLIO	CANTIDAD Y PRESENTACIÓN ENTREGADA
 IMSS-BIENESTAR <small>SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD</small>					

AUTORIZÓ (Área Medica)
ENTREGÓ (Patología)
RECIBE (Paciente o Familiar)
FECHA DE ENTREGA DE RESULTADO EN PATOLOGÍA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL PARA EL BIENESTAR
JEFATURA DE ATENCIÓN MEDICA
SOLICITUD DE MUESTRA DE PATOLOGÍA

No. de solicitud	
Fecha	

UNIDAD MEDICA:		REGIÓN:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		CURP:		SEXO:	
DIAGNÓSTICO:				PROCEDIMIENTO REALIZADO:	
NOMBRE DEL SOLICITANTE:				MEDICO QUE TOMO LA MUESTRA:	
NUMERO	TIPO DE MUESTRA			FOLIO	CANTIDAD Y PRESENTACIÓN ENTREGADA
 IMSS-BIENESTAR <small>SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD</small>					

AUTORIZÓ (Área Medica)
ENTREGÓ (Patología)
RECIBE (Paciente o Familiar)
FECHA DE ENTREGA DE RESULTADO EN PATOLOGÍA