

NOMBRE DEL PACIENTE:
FECHA:
EDAD:
SERVICIO SOLICITANTE:

FECHA DE NACIMIENTO:
HORA:
SEXO:

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA:

ALERGIAS	
TRANSFUSIONALES	
TRANSPLANTES	
CIRUGIAS PREVIAS	
TOXICOMANIAS	
RELIGION	
ANTECEDENTES.G-O	MENARCA: RITMO: GESTA: CESAREAS: PARTOS: ABORTOS: INMUNO GLOBULINA ANTI-D:
ENFERMEDADES CRONICO DEGENERATIVAS	

PADECIMIENTO ACTUAL:

EXPLORACION FISICA:

PARACLINICOS:

DIAGNOSTICOS:

MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS:

1. .
2. .
3. .

TIPO DE UNIDAD SOLICITADA:
NUMERO DE UNIDADES SOLICITADAS:

GRUPO ABO Y RH:

INDICACION DE TRANSFUSION:

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO QUE SOLICITO