



**NOMBRE DEL PACIENTE:**

**FECHA DE NACIMIENTO:**

**FECHA:**

**HORA:**

**EDAD:**

**SEXO:**

**SERVICIO SOLICITANTE:**

**ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA:**

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

**PADECIMIENTO ACTUAL:**

**EXPLORACION FISICA:**

**PARACLINICOS:**

**DIAGNOSTICOS:**

**MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS:**

1. .
2. .
3. .

**TIPO DE UNIDAD SOLICITADA:**

**GRUPO ABO Y RH:**

**NUMERO DE UNIDADES SOLICITADAS:**

**INDICACION DE TRANSFUSION:**