

REGISTRO DE ENTREGA DE MUESTRAS

Lugar de Procedencia: _____ Fecha de Entrega: ____/____/____
(mm/dd/yy)

Firma persona que entrega: _____ Hora: ____:____ AM PM

Firma representante SPS que recibe: _____

NOMBRE Y APELLIDOS (PACIENTE)	ESPÉCIMEN	NUMERO ENVASES	VERIFICADO Y ACEPTADO ✓ <small>(PARA USO DE SPS)</small>	OBSERVACIONES
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				

ESPÉCIMEN: Orina (UR), Swab (Sw), ThinPrep (TP), Papanicolaou (PAP), Biopsia (BX), Quirúrgico (Surg.), Fluido (FL), Citología (Cito), Citometría de Flujo (CF)

Verificado y aceptado por: _____ Fecha: ____/____/____ <small>(mm/dd/yy)</small>	Muestras recibidas: _____
Representante de Servicio: _____ Fecha: ____/____/____ <small>(mm/dd/yy)</small>	Muestras rechazadas: _____