

Nombre: _____

R.U.T.: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

Fono: _____ Email: _____

Rp.

Solicitud de Exámenes de Sangre

Hemograma completo

Glicemia

Hemoglobina glicosilada

Estudio Coagulación

favor enviar archivos digitales a cmontoya@clinicamiro.cl