

IOMA
GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE
BUENOS AIRES



PRÁCTICA AMB. DE LABORATORIO
24 / 28 semanas

Año	
Mes	Año
Fecha de Realización	
Día	Fecha de Realización

N° de Afiliadx	
----------------	--

IOMA  **MAMI**

GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE
BUENOS AIRES

**PRÁCTICA AMBULATORIA DE LABORATORIO
ENTRE 24 / 28 SEMANAS DE GESTACIÓN**

Apellido y Nombre				N° de Afiliadx		
-------------------	--	--	--	----------------	--	--

Práctica	SI / NO	Código	Fecha de Indicación			Fecha de Realización		
			Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
Hemograma completo								
Glucemia Pre Prandial								
Glucemia Post Prandial								
Uricemia								
Orina completa								
HIV								
VDRL - Sífilis								

EPO	EPE

Firma Afiliadx

Firma y Sello Bioquímico

Firma y Sello Médico



PRÁCTICA AMB. DE LABORATORIO
24 / 28 semanas

Día	Mes	Año
Fecha de Realización		

Nº de Afiliadx

**PRÁCTICA AMBULATORIA DE LABORATORIO
ENTRE 24 / 28 SEMANAS DE GESTACIÓN**

Apellido y Nombre	Nº de Afiliadx
-------------------	----------------

Práctica	SI / NO	Código	Fecha de Indicación			Fecha de Realización		
			Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
Hemograma completo								
Glucemia Pre Prandial								
Glucemia Post Prandial								
Uricemia								
Orina completa								
HIV								
VDRL - Sífilis								

EPO	EPE

Firma Afiliadx

Firma y Sello Bioquímico

Firma y Sello Médico
