

IOMAGOBIERNO DE LA PROVINCIA DE
BUENOS AIRESPRÁCTICA AMBULATORIA
DE LABORATORIO / 1º CONSULTA

Año		Nº de Afiliadx
Mes	Día	
Fecha de Realización		

IOMA**MAMI**GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE
BUENOS AIRES**PRÁCTICAS AMBULATORIAS DE LABORATORIO
1º CONSULTA**

Apellido y Nombre				Nº de Afiliadx					
Práctica	SI/NO	Código	Fecha de Indicación			Fecha de Realización			
Grupo sanguíneo									
Factor RH									
Hemograma completo									
Glucemia			Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	
Uricemia									
Orina completa									
EPO		EPE		Firma Afiliadx			Firma y Sello Bioquímico		

IOMAGOBIERNO DE LA PROVINCIA DE
BUENOS AIRESPRÁCTICA AMBULATORIA
DE LABORATORIO / SEROLOGÍA

Año		Nº de Afiliadx
Mes	Día	
Fecha de Realización		

IOMA**MAMI**GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE
BUENOS AIRES**PRÁCTICAS AMBULATORIAS DE LABORATORIO
SEROLOGÍA**

Apellido y Nombre				Nº de Afiliadx					
Práctica			Fecha de Indicación			Fecha de Realización			
Toxoplasmosis									
Sífilis - VDRL									
Chagas									
HIV			Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	
Hepatitis B HbsAg									
Firma Afiliado		Firma y Sello Bioquímico		Firma y Sello Médico					