

# IOMA

GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE  
BUENOS AIRES



Estreptococo Beta Hemolítico

Día	Mes	Año
Fecha de Realización		

N° de Afiliadx
----------------

# IOMA



GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE  
BUENOS AIRES

## PRÁCTICA AMBULATORIA DE DIAGNÓSTICO ENTRE 35 / 37 SEMANAS DE GESTACIÓN

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

	Código	Fecha de Indicación			Fecha de Realización		
Estreptococo Beta Hemolítico Grupo B prenatal	2350						
		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

EPO	EPE

Firma y Sello Bioquímico
--------------------------

Firma y Sello Médico
----------------------