INSTITUTO ESTATAL DE CANCEROLOGÍA
"Dr. Arturo Beltrán Ortega"

SOLICITUD AL LABORATORIO CLÍNICO

Expediente No. _____

Nombre: _____ Edad: _____

Servicio: _____

Exámen (es) Solicitado (s): _____

_____

_____

_____

Acapulco, Gro.a _____ de _____ de _____

Solicitado por el Dr. _____ Firma: _____