



CEG

Centro de Excelencia en Genética

A2017

Solicitud para estudios de Genética

Número de muestra _____

Fecha de toma (día/mes/año): ____ / ____ / ____

Nombre del paciente: _____ Edad: _____ F. Nac: ____ / ____ / ____

Peso en kg: _____ Talla en mts: _____

Raza: Hispana/Latina Caucásica/Sajona Negra Otra

Estudio Solicitado: _____

Antecedentes heredofamiliares:

Resumen Clínico:

Médico solicitante: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ correo electrónico: _____



Hospital Ángeles México 706-A / Sanatorio Durango 501. CDMX

(55) 5271-6183, (55) 4633-1487

contacto@cegmex.com

www.cegmex.com