



**FECHA SOLICITUD**

/ /

Rellenar con letras mayúsculas  
No rellenar los espacios sombreados.  
Ver "Guía para el envío de muestras".

ID

**DATOS DEL PACIENTE (CASO ÍNDICE)**

(Rellenar o pegar una pegatina)

Número Historia Clínica	Fecha de Nacimiento	Varón <input type="checkbox"/>	Mujer <input type="checkbox"/>
Nombre			
1 <sup>er</sup> Apellido			
2 <sup>o</sup> Apellido			

**DATOS MÉDICO SOLICITANTE**

Nombre y Apellidos		
Hospital		Servicio
Dirección	Ciudad	C.P.
e-mail		Teléfono

**ESTUDIOS GENÉTICOS PREVIOS**

NO

SI Se adjunta informe estudios previos:  Sí  No

**ANÁLISIS SOLICITADOS**

EXOMA (NGS)

AUTORIZACIÓN ESTUDIO: Vº Bº Representante Legal del Organismo. Fecha...../...../.....

Sr/a., Dr./a..... Cargo..... Sello.....

**MUESTRAS ENVIADAS**

SANGRE (En EDTA)

ADN

OTRAS \_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

SI. Adjuntar copia(s) firmada(s)

NO. No se realizará el estudio genético