ESCUELA MEDICINA VETERINARIA

Programa Integrado en Medicina Poblacional

SOLICITUD DE PROCESAMIENTO DE MUESTRAS

Fecha: _____ Nº caso: _____

Propietario: _____ Correo electrónico: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Remite: _____

Procedencia: _____

Provincia Cantón Distrito

Exámenes solicitados: _____

Nº muestras: _____ Cancelado: _____

TUBO N º	IDENTIFICACIÓN	ESPECIE	RESULTADO	RESULTADO	RESULTADO