



PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA
Plan de Asistencia Social
"Unidad Medica"

**CENTRO DE SALUD COMUNITARIO
LABORATORIO CLÍNICO SEROLOGÍA**

NOMBRE:		
EDAD:		
DIRECCIÓN:		
DOCTOR:		
CATEGORÍA:		
NO. DE LAB.	FECHA DE RECIBO	FECHA DE ENTREGA
DETERMINACIÓN	MÉTODO	RESULTADO
V.D.R.L	CUALITATIVO	
V.D.R.L	CUANTITATIVO	
A.S.O.		
STREPTOZIME		
FACTOR REUMATOIDE		
PROTEÍNAS C. REACTIVA		
TOXOPLASMOSIS IGG		
TOXOPLASMOSIS IGM		
HIV	IF	
HVC	IF	
HBSAG		
TEST DE COOMBS		
HCG		
AGLUTININAS FEBRILES		
Salmonella O Grupo A	Salmonella H Grupo a	Brucella Abortus
Salmonella O Grupo B	Salmonella H Grupo b	Proteus O x 2
Salmonella O Grupo C	Salmonella H Grupo c	Proteus O x 19
Salmonella O Grupo D	Salmonella H Grupo d	Proteus O x K
TIPIFICACIÓN SANGUINEA		NOTAS:
GRUPO _____		
RHO _____		
		BIOANALISTA _____