

## SOLICITUD DE ESTUDIOS CITOGENÉTICOS

Datos de filiación de pediatría	Muestra
Nombre: <input type="text"/>	Código de la muestra: <input type="text"/>
Primer apellido: <input type="text"/>	<input type="text"/>
Segundo apellido: <input type="text"/>	Tipo de muestra: <input type="text"/>
	<input type="text"/>

Centro remitente
Servicio remitente: <input type="text"/>
Facultativo de contacto: <input type="text"/>
Teléfono de contacto: <input type="text"/>

Orientación diagnóstica

Prueba solicitada
<b>CARIOTIPO EN SANGRE PERIFÉRICA</b> (3 ml sangre total heparina de litio) <b>OTROS.</b> Especifique:
<small>Se recuerda a los médicos peticionarios que para la realización de pruebas genéticas se debe tener el adecuado consentimiento informado.</small>

**Todos los datos deben cumplimentarse con la máxima exactitud para garantizar la calidad de los resultados.**

### Contacto

Dirección: Calle Nicolás de Bussi, 18,  
Polígono de Torrellano. 03203 Elche, Alicante  
Teléfono de Atención al Cliente: 965 94 31 33  
Fax: +34 965 943 264  
Email: admin@riberalabs.com