

SOLICITUD DE EXÁMENES

Fecha: ____/____/____.

Nombre de la paciente: _____ / _____ / _____
Apellido paterno Apellido materno Nombre (s)

- Tamizaje Ultrasonográfico del Primer Trimestre del Embarazo (semanas 11-13.6 de gestación).**
- Ultrasonido Morfológico o Estructural del Segundo Trimestre del Embarazo (semanas 20-24 de gestación).**
- Ultrasonido Doppler (perfil biofísico).**
- Amniocentesis.**

Observaciones:

Médico solicitante:

Es importante que su paciente se comunique al 981 124 2195 para informarle sobre las fechas más adecuadas para la realización de los estudios solicitados.