



Laboratorio de Referencia

ELI, S.A. DE C.V.

Calle José del Castillo No. 3 Altos Col. San José Insurgentes
Alcal. Benito Juárez, CDMX
Tels. 01 (55) 24 54 79 01, 01 (55) 24 54 79 02
Lada sin costo 018 00-161-6122

SOLICITUD DE ESTUDIOS DE MAQUILA No.

No. Cliente: _____ Nombre de Laboratorio: _____ Fecha: _____
 Nombre de quien envía: _____ Reporte: Original E-mail

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s) y/o Folio	Clave	Estudio(s) Solicitado(s)	Precio	Excl. Eli
Edad: _____ Sexo: _____	Tipo de Muestra: <input type="radio"/> Plasma <input type="radio"/> Suero <input type="radio"/> Orina <input type="radio"/> Sangre T <input type="radio"/> Otro					
Edad: _____ Sexo: _____	Tipo de Muestra: <input type="radio"/> Plasma <input type="radio"/> Suero <input type="radio"/> Orina <input type="radio"/> Sangre T <input type="radio"/> Otro					
Edad: _____ Sexo: _____	Tipo de Muestra: <input type="radio"/> Plasma <input type="radio"/> Suero <input type="radio"/> Orina <input type="radio"/> Sangre T <input type="radio"/> Otro					
Edad: _____ Sexo: _____	Tipo de Muestra: <input type="radio"/> Plasma <input type="radio"/> Suero <input type="radio"/> Orina <input type="radio"/> Sangre T <input type="radio"/> Otro					
Edad: _____ Sexo: _____	Tipo de Muestra: <input type="radio"/> Plasma <input type="radio"/> Suero <input type="radio"/> Orina <input type="radio"/> Sangre T <input type="radio"/> Otro					

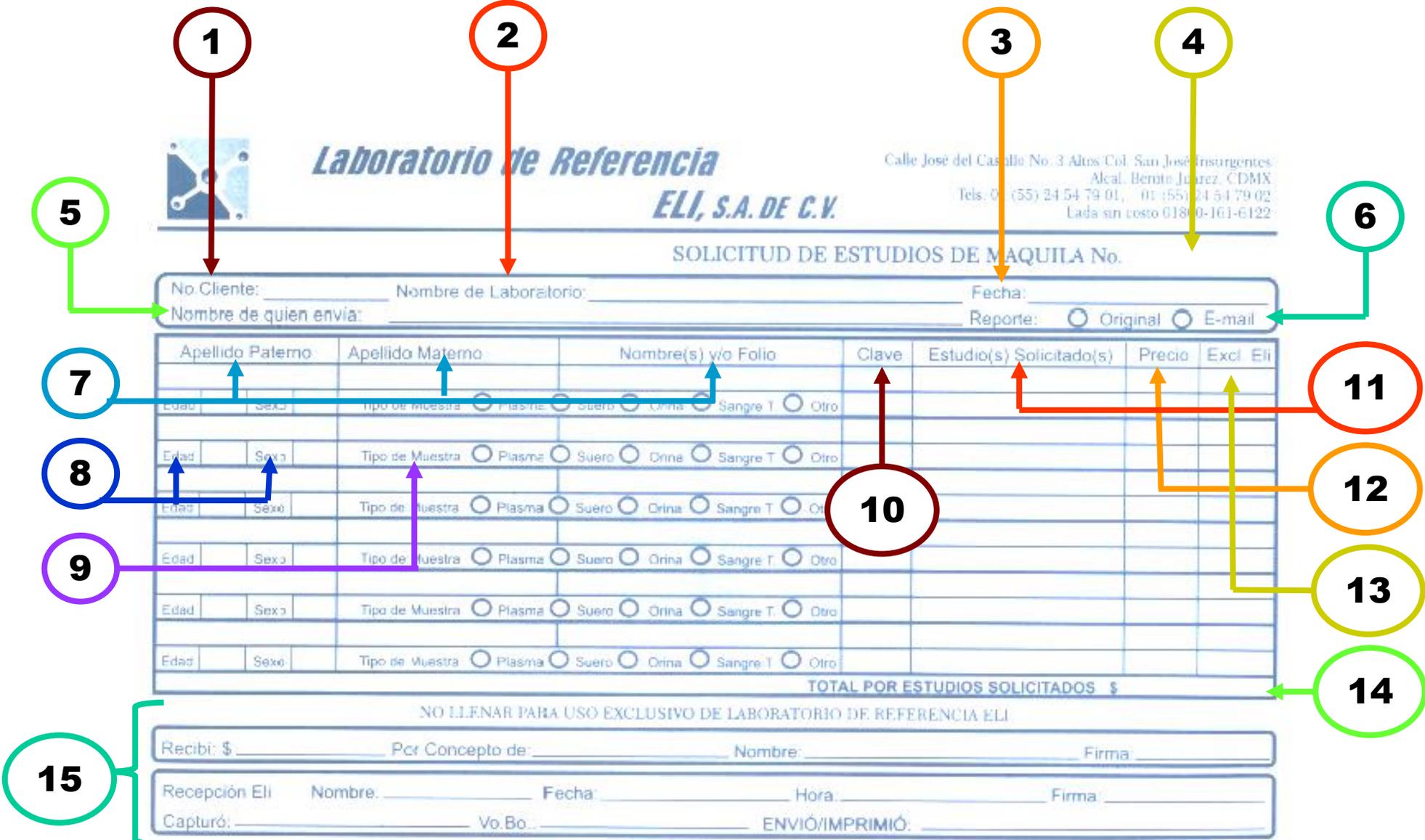
TOTAL POR ESTUDIOS SOLICITADOS \$

NO LLENAR PARA USO EXCLUSIVO DE LABORATORIO DE REFERENCIA ELI

Recibi: \$ _____ Pcr Concepto de: _____ Nombre: _____ Firma _____

Recepción Eli Nombre: _____ Fecha: _____ Hora: _____ Firma: _____

Capturó: _____ Vo.Bo. _____ ENVIÓ/IMPRIMIÓ: _____



1	Número de CLAVE asignada a su laboratorio.
2	Nombre completo de la razón social de su laboratorio.
3	Fecha en la cual envía la Solicitud de Estudios de Maquila.
4	Número de serie asignado por Laboratorio de Referencia Eli, S.A. de C.V.
5	Nombre de la persona que envía las muestras o entrega a nuestro mensajero.
6	Medio por el cual desea recibir sus resultados.
7	Nombre completo del paciente iniciando por apellido Paterno / Materno /Nombre(s). En caso de identificar la muestra con un folio colocarlo en lugar del Nombre y cancelar los espacios en blanco.
8	Datos demográficos de edad (años= a, meses= m o días=d) y sexo (Fem. o Masc.).
9	Tipo de muestra (seleccionar con un "✓" o un "x").
10	Clave de estudio referida en nuestro Catálogo de servicio. En caso de no tenerla, consultar vía telefónica o en nuestro sitio web (https://labelisa.wixsite.com/labelisa/servicios-1)
11	Nombre o acrónimo del estudio solicitado.
12	Costo del estudio (Consultar el precio vigente).
13	Espacio exclusivo para uso de Laboratorio de Referencia Eli, S.A. de C.V.
14	Sumatoria del costo total de los estudios solicitados a Laboratorio de Referencia Eli, S.A. de C.V.
15	Espacio exclusivo para uso de Laboratorio de Referencia Eli, S.A. de C.V.