



CUESTIONARIO CARIOTIPO

Código interno \_\_\_\_\_ Fecha de toma \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora de toma \_\_\_\_\_

Tipo de muestra: Sangre Médula ósea Otros \_\_\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sexo: Hombre Mujer

Diagnóstico clínico:

---

---

---

---

---

---

---

---

Tratamiento

---

---

---

---

Familiares con antecedentes de:

Malformaciones congénitas múltiples

Pérdida gestacional recurrente

Otros (especifique) \_\_\_\_\_

Trastornos del desarrollo

Alteraciones cromosómicas

Datos del médico solicitante:

Nombre

Teléfono: Casa \_\_\_\_\_ Oficina \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_

Celular \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_