



## Análisis de secuencia biofotónica:

 Distributor: 9030100018		<b>Solicitante:</b> Heal SpA, Ramón Subercaseaux 950 Pirque, Región Metropolitana de Santiago de Chile <i>Completar sólo en caso que sea distinto a:</i>	
<input type="checkbox"/> Centro Médico/Institución:		ID-Nr.:	
Nombre:		Apellido:	
Calle/Nr.:		Código Postal:	Comuna/Ciudad:



<b>Solicitud:</b>		
<input type="checkbox"/> LPA (Análisis Live) (PHOTONIC)	<input type="checkbox"/> Enviar informe al siguiente correo electrónico:	
<input type="checkbox"/> Comparar con análisis anteriores.	<input type="checkbox"/> Comparar muestra con:	
Idioma del informe: <input type="checkbox"/>  (ES) Español, Chile	Report Language: <input type="checkbox"/>  (GB) Englisch	Bericht Sprache: <input type="checkbox"/>  (DE) Deutsch

<b>Muestra:</b>  52200618	<b>Datos de la muestra: *imprescindible informarla!</b>		
	Fecha de la muestra: *	<input type="checkbox"/> Primera muestra *	
	Nombre: *	Cliente-Nr.: *	
La muestra proviene de* →	<input type="checkbox"/> Persona	<input type="checkbox"/> Animal Tipo:	
Sexo* →	<input type="checkbox"/> femenino	<input type="checkbox"/> masculino	<input type="checkbox"/> otro
	Edad:	Ocupación:	
 Enfermedades conocidas/diagnósticos/otros por favor escribir al reverso: →			

Autoadhesivo con dirección para envío muestra:

Heal SpA Ramón Subercaseaux 950 comuna de Pirque 9480018 Santiago de Chile CHILE (documentos)
--

Autoadhesivo para muestra, pegar en sobre de protección negro!

 ID: 52200618  Distributor: 9030100018 Photonica muestra
--

Notas internas de laboratorio: (No completar!)	Entrada:	Análisis:
---	----------	-----------