



ESTUDIOS ANATOMOPATOLOGICOS
Carrera 11 No. 71-26 piso 1 Bogotá.
Fax 3132056

**FORMATO DE SOLICITUD PARA DETECCION DEL VIRUS
DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)**

FECHA DE SOLICITUD: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **EDAD:** _____

DIRECCIÓN: _____ **TELS:** _____

CIUDAD: _____ **PAÍS:** _____

EMAIL: _____

INSTITUTO REMITENTE: _____

DIRECCIÓN: _____ **TELS:** _____

MÉDICO REMITENTE: _____

SERVICIO: _____

**DATOS CLINICOS
COMPLETOS DEL
PACIENTE:** _____

MATERIAL ENVIADO: Citología Biopsia

FIRMA DEL MEDICO REMITENTE