

Orden de Estudio Genético

NOMBRE DE LA PACIENTE	
DNI	EDAD
DIAGNÓSTICO CLÍNICO	
INFORMACIÓN DE CONTACTO	
Número: Correo electrónico:	
NOMBRE DEL MÉDICO REFERENTE	
CITOGENÉTICA - CARIOTIPO ☐ SANGRE PERIFÉRICA ☐ MÉDULA ÓSEA ☐ LÍQUIDO AMNIÓTICO ☐ BIOPSIA DE VELLOSIDADES CORIALES ☐ RESTOS EMBRIONARIOS	ESTUDIOS MOLECULARES ☐ PANEL MOLECULAR ☐ EXOMA ☐ MICROARRAY ☐ NIPT (Test Prenatal No Invasivo o ADN Libre Fetal) ☐ MICROARRAY DE RESTOS EMBRIONARIOS ☐ OTROS
OBSERVACIONES	

FIRMA

FECHA