Registro de pruebas de laboratorio

Lleve este formulario cuando visite a su proveedor de atención médica. Este formulario registra qué pruebas ordenó su proveedor de atención médica, cuándo se realizaron y los resultados. Pídale ayuda a su proveedor de atención médica para completarlo.

El nombre "CDC" es propiedad del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de los Estados Unidos y se usa con permiso. El uso de este logotipo no constituye la aprobación por parte del HHS o de los CDC de ningún producto, servicio o empresa en particular.

PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN o para hacer en línea una evaluación de riesgo de trastornos hemorrágicos, visite betteryouknow.org.

NOMBRE FECHA DE NACIMIENTO

NOTAS MÉDICAS (alergias, reacciones, etc.)

Nombre de la prueba	Fecha de la prueba	Nombre del proveedor de atención médica que ordenó las pruebas de laboratorio	Resultados