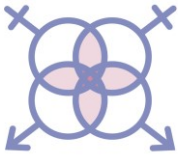


Volante de solicitud de:



CALDERÓN
CENTRO DIAGNÓSTICO

C/ Colón, 37 - 12001 CASTELLÓN
Tel. 964 22 02 16 - Fax 964 23 14 97
administracion@laboratoriocalderon.com
www.laboratoriocalderon.com



SALUD SEXUAL

**Vv/+ DIAGNÓSTICO DE VAGINITIS Y
VAGINOSIS POR PCR**

DATOS PERSONALES

Dr/Dra _____

Paciente _____

Fecha de nacimiento __/__/_____

Remitir informe a:

Correo-e _____

Dirección postal _____

SOLICITUD DE PRUEBAS

(Indicar con una cruz)

**Vv/+ DIAGNÓSTICO DE VAGINITIS Y
VAGINOSIS POR PCR**

Observaciones (anotación de síntomas si los hubiera):

Fecha de obtención de la muestra: __/__/_____

PROCEDENCIA Y FIRMA

FECHA __/__/_____