



DOCTOR AZUA MD, PhD  
Patología Clínica y Citología ATA, SLP.  
Pº Sagasta 12, 3º F, Zaragoza

Tel: 976 234 287/ 667 503270 Fax: 976 379891  
Email: javierazua@hotmail.com  
www.doctorazua.com

### PETICION DE ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO / CITOLOGICO

Nombre:	Edad:
Remitente: Dr/Dra.	Compañía:
Datos clínicos:	
<b>Muestra remitida:</b> <input type="checkbox"/> Triple toma <input type="checkbox"/> Cúpula vaginal <input type="checkbox"/> Endometrial <input type="checkbox"/> _____	<b>Biopsia / citología ginecológica:</b> Fecha toma: FUR: Tipo Menstrual: Tto. Hormonal:

Fecha: a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20

Fdo: \_\_\_\_\_



DOCTOR AZUA MD, PhD  
Patología Clínica y Citología ATA, SLP.  
Pº Sagasta 12, 3º F, Zaragoza

Tel: 976 234 287/ 667 503270 Fax: 976 379891  
Email: javierazua@hotmail.com  
www.doctorazua.com

### PETICION DE ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO / CITOLOGICO

Nombre:	Edad:
Remitente: Dr/Dra.	Compañía:
Datos clínicos:	
<b>Muestra remitida:</b> <input type="checkbox"/> Triple toma <input type="checkbox"/> Cúpula vaginal <input type="checkbox"/> Endometrial <input type="checkbox"/> _____	<b>Biopsia / citología ginecológica:</b> Fecha toma: FUR: Tipo Menstrual: Tto. Hormonal:

Fecha: a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20

Fdo: \_\_\_\_\_



DOCTOR AZUA MD, PhD  
Patología Clínica y Citología ATA, SLP.  
Pº Sagasta 12, 3º F, Zaragoza

Tel: 976 234 287/ 667 503270 Fax: 976 379891  
Email: javierazua@hotmail.com  
www.doctorazua.com

### PETICION DE ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO / CITOLOGICO

Nombre:	Edad:
Remitente: Dr/Dra.	Compañía:
Datos clínicos:	
<b>Muestra remitida:</b> <input type="checkbox"/> Triple toma <input type="checkbox"/> Cúpula vaginal <input type="checkbox"/> Endometrial <input type="checkbox"/> _____	<b>Biopsia / citología ginecológica:</b> Fecha toma: FUR: Tipo Menstrual: Tto. Hormonal:

Fecha: a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20

Fdo: \_\_\_\_\_