

Nº Ficha:

Grupo ABO:.....

Inversa ABO:.....

RH:.....

Receptor

H.C. N°

Nombre y Apellido:.....DNI:.....

Estado Civil:..... Nacionalidad:..... Fecha Nac.:...../...../..... Sexo:..... Edad:.....

Domicilio:.....Tel:.....Diagnóstico:.....

Domicilio Real:.....

[illegible]

H.R.R.G.

[illegible]