

STERILE
ESTÉRIL

Name: _____ F/M: _____
Nombre: _____ M/H: _____

Date of Birth: _____
Fecha de nacimiento: _____

Date: _____ Time: _____
Fecha: _____ Hora: _____

Medical Record Number: _____
Informe médico número: _____

SAMPLE COLLECTION – PAT. PEND.
RECOLECCIÓN DE MUESTRA

De 0186

Made in Mexico • Fabricado en México

TIGHTEN CAP SECURELY
CERRAR BIEN