

## ENCUESTA DE SEROPREVALENCIA COVID-19 EN CABA ENTREGA-RECIBO MUESTRAS DE SANGRE AL LABORATORIO

En el día de la fecha hago entrega al Laboratorio del Hospital (nombre del hospital) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ sito en (dirección del laboratorio) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ de las siguientes muestras de sangre pertenecientes  
al Estudio de Seroprevalencia COVID-19:

Número de muestra	DNI	Apellido y Nombre
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>		
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>		
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>		
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>		
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>		
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>		
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>		
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>		
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>		
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>		

***Tache los renglones que quedan sin completación del número de muestra.***

Fecha: \_\_/\_\_/\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de quién entrega      Aclaración de quién entrega      DNI

Fecha: \_\_/\_\_/\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de quién recibe      Aclaración de quién recibe      DNI