



# Micro Trace Minerals GmbH



Laboratorio de análisis clínicos y medioambientales

Röhrenstr. 20

D - 91217 Hersbruck (Germany)

e-mail [service@microtrace.de](mailto:service@microtrace.de) website: [www.microtrace.de](http://www.microtrace.de)

Tel: +49 (0)9151-4332

Fax: +49 (0)9151-2306

## FORMULARIO DE PEDIDO (Favor escriba claramente en imprenta)

**Tipo de Prueba: Sangre -Suero Sanguineo - Plasma**

Fecha/Date: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL MÉDICO:

---

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE (Patient information)

Por favor llene los espacios claramente con los datos que se le solicitan (necesarios para procesar su muestra) y la sección de pago. Si llegara a faltar algún dato, podrían ocurrir retrasos o demoras en la entrega de sus resultados.

Nombre (first name): \_\_\_\_\_

Apellido(Last name): \_\_\_\_\_ Sexo: M\_\_ F\_\_

Dirección (Address) \_\_\_\_\_

Ciudad (City) \_\_\_\_\_ Estado/Provincia \_\_\_\_\_

Código Postal (Zip) \_\_\_\_\_ País (Country) \_\_\_\_\_

Enviamos resultados por correo electrónico únicamente, por favor proporcione una dirección de correo electrónico donde quiera

E-mail: \_\_\_\_\_ Teléfono (s): \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: D\_\_ M\_\_ A\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
esta información deberá ser proporcionada

---

### Sangre – Suero Sanguineo - Plasma

Alergias alimenticias (99 alim. IgG - 3 ml de suero sanguíneo (serum) €160.--

Alergias alimenticias (285 alim. IgG - 3 ml de suero sanguíneo (serum) €300.--

Prueba de metales  Sangre (30+Metales) – 3ml de tapa azul EDTA €124.95

Prueba de metales  Serum (20+Metales) – 3ml de tapa azul EDTA €116.62

Prueba de metales  Plasma (20+Metales) – 3ml de tapa azul EDTA €116.62

**Por favor, paso de página**

**PERSONA RESPONSABLE DEL PAGO** (Person responsible for payment)

Favor llene esta sección en caso que no sea el/la paciente quien cubra los costos de la prueba.  
(please complete if payment is made by any one other than the patient)

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Teléfono (s): \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**MÉTODO DE PAGO**

\_\_\_ Transferencia Bancaria (adjunto copia de la misma) (bank transfer, please include copy)

Tarjeta de crédito- marque una (Mark Credit card)

\_\_ Visa \_\_ MasterCard # \_\_\_\_\_

Nombre del Titular de la Tarjeta (Card Holder Name) \_\_\_\_\_

Fecha de vencimiento (exp date): \_\_\_\_\_ Código de Seguridad (Security code) \_\_\_\_\_

Fecha / Signatura: \_\_\_\_\_