

16.05.2010



**Micro Trace Minerals GmbH**



Laboratorio de análisis clínicos y medioambientales

Röhrenstr. 20  
D - 91217 Hersbruck (Germany)

Tel: +49 (0)9151-4332  
Fax: +49 (0)9151-2306

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

## FORMULARIO DE PEDIDO - ORINA

(Favor escriba claramente en imprenta)

### 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 unicamente, por favor proporcione una dirección de correo electrónico donde quiera

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

Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

esta información deberá ser proporcionada

---

**Metales en ORINA** Fecha de toma de muestra: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Prueba estándar (20+metales) \_\_\_ 10ml orina, no quelación €3.30 \_\_\_ 10ml después de quelación €3.30

Metales tóxicos (30+metales) \_\_\_ 10ml orina, no quelación €16.62 \_\_\_ 10ml después de quelación €16.62

De nutrientes y metales tóxicos (30+) \_\_\_ 10ml orina, no quelación €16.62 \_\_\_ 10ml después de quelación €16.62

**Tenga en cuenta lo que se utilizó la quelación** \_\_\_\_\_

**Para el Pago página de información-a su vez**

16.05.2010

**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: \_\_\_\_\_