



BOLETA DE RECEPCION DE MUESTRAS

Página: 1 de 1

Versión:
03

Código:
CESCCO-MC-PG02-F07-MBA

Vigente a partir de: 19-05-2015

LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA

Nº de Muestra en Secretaria:		Nº de Muestra de Laboratorio:		Orden de Pago:	
------------------------------	--	-------------------------------	--	----------------	--

ANÁLISIS SOLICITADOS

Coniformes Totales (MF)	<input type="checkbox"/>	Aislamiento de <i>Clostridium perfringens</i>	<input type="checkbox"/>	Recuento e identificación de Hongos	<input type="checkbox"/>
Coliformes Termotolerantes (MF)	<input type="checkbox"/>	Determinación de <i>Pseudomona aeruginosa</i>	<input type="checkbox"/>	Otros:	<input type="checkbox"/>
Rto. de Enterobacterias	<input type="checkbox"/>	Determinación de Colifagos en agua	<input type="checkbox"/>		
Rto. de <i>Cándida albicans</i>	<input type="checkbox"/>	Det. Poder germicida en desinfectante	<input type="checkbox"/>		
Rto. Total de microorganismos	<input type="checkbox"/>	Determinación de hongos y levaduras	<input type="checkbox"/>		
Rto. de <i>Staphylococcus aureus</i>	<input type="checkbox"/>	Recuento de <i>Escherichia coli</i>	<input type="checkbox"/>		
Aislamiento de <i>Vibrio cholerae</i>	<input type="checkbox"/>	Recuento de <i>Bacillus cereus</i>	<input type="checkbox"/>		
Determinación de <i>Salmonella</i>	<input type="checkbox"/>	Recuento de <i>Streptococos fecales</i>	<input type="checkbox"/>		

Tipo de Muestra:	<input type="text"/>	Uso:	<input type="text"/>
------------------	----------------------	------	----------------------

Fecha/Hora de recolección:	<input type="text"/>	Fecha/Hora de ingreso:	<input type="text"/>
----------------------------	----------------------	------------------------	----------------------

Volumen de muestra:	<input type="text"/>	Cantidad de frascos:	<input type="text"/>	Temperatura de la muestra:	<input type="text"/>
---------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------------	----------------------

Receptor Secretaria	<input type="text"/>	Receptor Laboratorio	<input type="text"/>
---------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Observaciones:	<input type="text"/>
----------------	----------------------

VoBo. Director (SVC o inicio sin pago):	<input type="text"/>	Recibo de reporte	<input type="text"/>
---	----------------------	-------------------	----------------------

Fecha:	<input type="text"/>	Fecha:	<input type="text"/>
--------	----------------------	--------	----------------------

Autorización del Cliente: _____

(En los casos de que la muestra ha sido tomada por el cliente y ésta no reúne las condiciones adecuadas para el análisis)