

FACULTAD DE MEDICINA
UNIDAD INTERINSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA
EPIDEMIOLOGICA

Mérida, Yucatán (fecha)

(Nombre del médico al que se dirige)

Hospital de Procedencia (ej: IMSS, ISSSTE, Hospital Agustín O’Horan etc.)
Presente

Me permito comunicar a Ud. el resultado del diagnóstico (ej: *Tuberculosis, Leptospirosis etc.*) realizado al paciente: Nombre del paciente

Realizada a partir de la muestra de (*Tipo de muestra clínica analizada; ej: sangre, suero, biopsia, orina etc.*)

TIPO DE PRUEBA

RESULTADO

- _____ **POSITIVO** **NEGATIVO**
(Nombre del análisis realizado Ej. Microaglutinación (MAT),
Reacción en cadena de la Polimerasa (PCR), IFI, ELISA etc.)
- **VALORES NORMALES** **NEGATIVO**
- **Muestra Clínica:** _____
(Ej: sangre, suero, biopsia, orina etc.)
- **Observaciones :**

ATENTAMENTE,

Nombre del Investigador

Cedula profesional

Programa (ej: *Tuberculosis, Leptospirosis, etc.*)
Laboratorio de Enfermedades Infecciosas y Parasitarias