

ESPACIO RESERVADO PARA IMPRESIÓN DE DATOS PERSONALES

ETIQUETA IDENTIFICATIVA

## HOJA DE PETICIÓN DE GENOTIPADO PLAQUETAR EN GESTANTES

### DATOS PERSONALES DE LA GESTANTE

Nombre:.....

Apellidos:.....

Dirección:..... CP:.....

Provincia:..... Teléfono:.....

País de nacimiento:..... Raza:.....

Embarazos previos:  SI  
 NO

Número de embarazos a término:  Número de abortos:

Centro de Salud:

Médico/Matrona Responsable:

Fecha:

**CENTRO DE HEMOTERAPIA Y HEMODONACIÓN DE CASTILLA Y LEÓN.**

**Paseo Filipinos s/n  
47007 Valladolid**



Centro de Hemoterapia y Hemodonación  
de Castilla y León