



**LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS DE SERVICIO A LA COMUNIDAD -UADY
PRUEBAS DE HEMOSTASIA PRIMARIA**

FECHA: _____

NOMBRE DEL USUARIO: _____

ORDEN: _____ **EDAD:** _____ **SEXO:** () F () M

() **TIEMPO DE SANGRADO** () **TIEMPO DE COAGULACIÓN**

() **FRAGILIDAD CAPILAR**

RESULTADO:

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |

OBSERVACIONES:

| |
|--|
| |
| |
| |

Nombre y firma del Químico que realizó la prueba

Nombre y firma del Químico responsable del área