



UBA
Universidad de Buenos Aires



Servicio a Terceros
Parasitología y Enfermedades Parasitarias
Deberán completarse todos los campos sin excepción

Protocolo N°:

Fecha:

Propietario:.....

Dirección:.....

Teléfono:

Análisis solicitado:

Indica Dr./ Dra:

Diagnóstico presuntivo:

Tipo de muestra:

Individual [] Colectiva [] .N°.....

Especie:Raza:Sexo:.....Edad:

Conservador utilizado:

Fecha de recolección de la muestra:

Observaciones.....