



### SOLICITUD DE ARRAY – CGH

#### Datos de filiación del paciente

Apellidos:

Fecha de nacimiento:

Código paciente:

Nombre:

Fecha toma de muestra:

#### Centro remitente:

Servicio remitente:

Facultativo de contacto:

#### Resumen de la historia clínica y árbol genealógico

Existen estudios realizados a familiares  
(incluir informes de estudios genéticos realizados)

Sí

No

Árbol genealógico

#### Diagnóstico principal:

#### Pruebas solicitadas:

ARRAY POSTNATAL  
(10 mL de sangre total en EDTA)

ARRAY PRENATAL  
(5 mL de Líquido amniótico)