



PRUEBA RAPIDA DE ANTIGENOS

Lagos de Moreno a 01 de diciembre del 2021

A quien corresponda:

Por medio de la presente, le informo a usted que **C. (NOMBRE DEL PACIENTE)** de (EDAD) años de edad , se realiza en esta Unidad de Servicios Médicos Municipales, prueba rápida *SD Biosensor Inc/Roche* para detectar antígeno para SARS-CoV-2, la cual evalúa la existencia de los mismos, dando los siguientes reactivos; *Control: (RESULTADO), Resultado; (RESULTADO)*.

Por lo que se considera el resultado como **(RESULTADO)**.

Sin más por el momento, me despido de usted, quedando a su disposición para cualquier duda o aclaración.

ATENTAMENTE

(Nombre del médico) (Cedula profesional)
Medico municipal

9 PALACIO MUNICIPAL
C. 474 74 121 21 / 474 74 121 00 / 474 74 204 01
JUÁREZ ESQ. FRANCISCO GONZÁLEZ LEÓN S/N
ZONA CENTRO C.P. 47400
LAGOS DE MORENO, TAJISCO

