



CENTRO ESTATAL DE LA
TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA

SERVICIOS DE SALUD DE SONORA
CENTRO ESTATAL DE LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA

BANCO DE SANGRE
COMROBANTE DE DONACION

FECHA: _____

FOLIO: _____.

DONADOR: _____ TIPO Y RH: _____.

PACIENTE: _____ SERVICIO: _____.

FIRMA BANCO DE SANGRE

IMPORTANTE: Este comprobante no es transferible y tiene vigencia de 35 días.

66-CTS-P02-F02/REV.02