



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**