



UNIDAD DE BIOLOGIA CELULAR  
FACULTAD DE MEDICINA - UMSA



Apellido **QUISPE PACO**

Institución **ONCOCLINIC**

Procedencia **LA PAZ**

Fase enfermedad **FOLLOW UP**

Nombre **RAUL**

Seguro **PRIVADO**

Fech. Nacim. **13/01/1969**

Médico **AMARU ARIEL**

Follow up **0 años, 4 meses, 15 días**

Registro **9398 2**

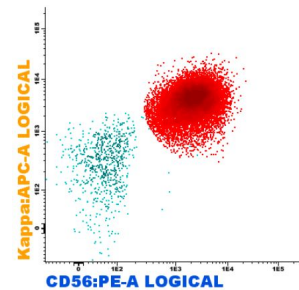
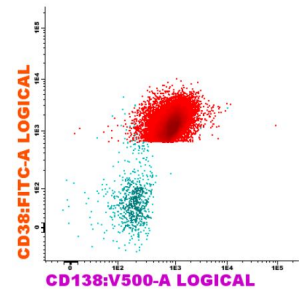
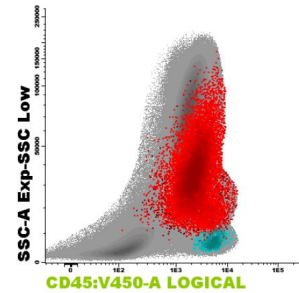
Fecha **12/09/2025**

Edad **56** años

**ANÁLISIS INMUNOFENOTÍPICO**

**Enfermedad Mínima Residual**

| Área  | LAIP                    | Resultado |
|-------|-------------------------|-----------|
| Total | CD19-/CD138+/CD38+/CD56 | 0.6%      |



Tipo de muestra: **Aspirado de médula ósea**

Población analizada: **Total**

Conclusiones:

**MRD =Interpretación de acuerdo a protocolo institucional.**

Fecha Informe: **12/09/2025**

Dra. Julieta Luna  
MEDICO L-580

Dr. Ricardo Amaru MD,  
ONCOHEMATOLOGO A-734  
JEFE UBC

| MRD  | Fecha      |
|------|------------|
| 0.6% | 12/09/2025 |
|      | 28/04/2025 |
|      |            |
|      |            |

**Nota:**

- El diagnóstico definitivo es de exclusiva responsabilidad del médico tratante.
- Los datos declarados en la Ficha de Solicitud y el origen de la muestra enviada son responsabilidad del médico tratante.
- Las muestras enviadas son de uso exclusivo para los estudios solicitados, luego son desechadas bajo normas de bioseguridad.

Facultad de Medicina UMSA, piso 7° Avenida Saavedra N° 2246 Tel: 2-2612352

e-mail: [ubc.umsa@gmail.com](mailto:ubc.umsa@gmail.com)