

N° Placa Asignado	
N° Ficha de Origen	
N° de Presupuesto	

SOLICITUD DE EXAMEN HISTOPATOLÓGICO

Envía Dr(a)	Cátedra / Servicio	Fecha de Envío

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombres	Apellido Paterno	Apellido Materno		
Cédula de Identidad	Edad	Sexo	Dirección	Fono Paciente

DATOS SOBRE LA LESIÓN

Localización de Lesión (Favor de Marcar en Diagrama del Reverso)

Historia Clínica

Diagnóstico Clínico 1	Diagnóstico Clínico 2	Diagnóstico Clínico 3

DATOS SOBRE LA MUESTRA

Zona de Toma de Muestra	Tipo de Biopsia	Fecha Intervención
N° de Muestras	Fijador	Muestra Incluye Tejido Calcificado ?
		<input type="checkbox"/> Hueso ? <input type="checkbox"/> Diente ? <input type="checkbox"/> Otro ?
Nota: Muestras múltiples tomadas de diversos sitios deben venir en frascos diferentes, debidamente rotulados e identificados.		
		Prioridad <input type="checkbox"/> Urgente <input type="checkbox"/> Normal

Observaciones Especiales

Documentos que Acompañan la Muestra

Fotografías Clínicas	<input type="checkbox"/>	Cuántas ?	<input type="checkbox"/>	Tipo de Doc. _____
Radiografías	<input type="checkbox"/>	Cuántas ?	<input type="checkbox"/>	
Algún Otro ?	<input type="checkbox"/>	Cuántas ?	<input type="checkbox"/>	

Firma del Solicitante