

SOLICITUD DE EXAMEN

Biopsia – Histopatología ☐

Citológico ☐

MÉDICO QUE SOLICITA:

Nombre: _____

Correo: _____ Teléfono: _____

PACIENTE:

Nombre: _____ Edad: _____

C.I.: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Correo: _____

ORIGEN Y PROCEDIMIENTOS DE OBTENCIÓN DEL ESPECIMEN:

DATOS CLÍNICOS Y/O QUIRÚRGICOS:

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO:

Fecha: _____ Firma: _____
