

Fecha: (D/M/A)

Nombre:

Apellidos:

Edad: Fecha de nacimiento (D/M/A):

Sexo: M F Teléfono:

Doctor/Laboratorio: No. Cliente:

Centro de Salud: Ciudad:

TOMA DE MUESTRA Fecha: (D/M/A) Hora: AM PM

TIPO DE MUESTRA Biopsia Punch Biopsia por afeitado Biopsia incisional
 Excisión Re-excisión Otros:

LOCALIZACIÓN ANATÓMICA:

**FAVOR MARCAR CON UNA X EN EL REVERSO
INFORMACIÓN CLÍNICA**

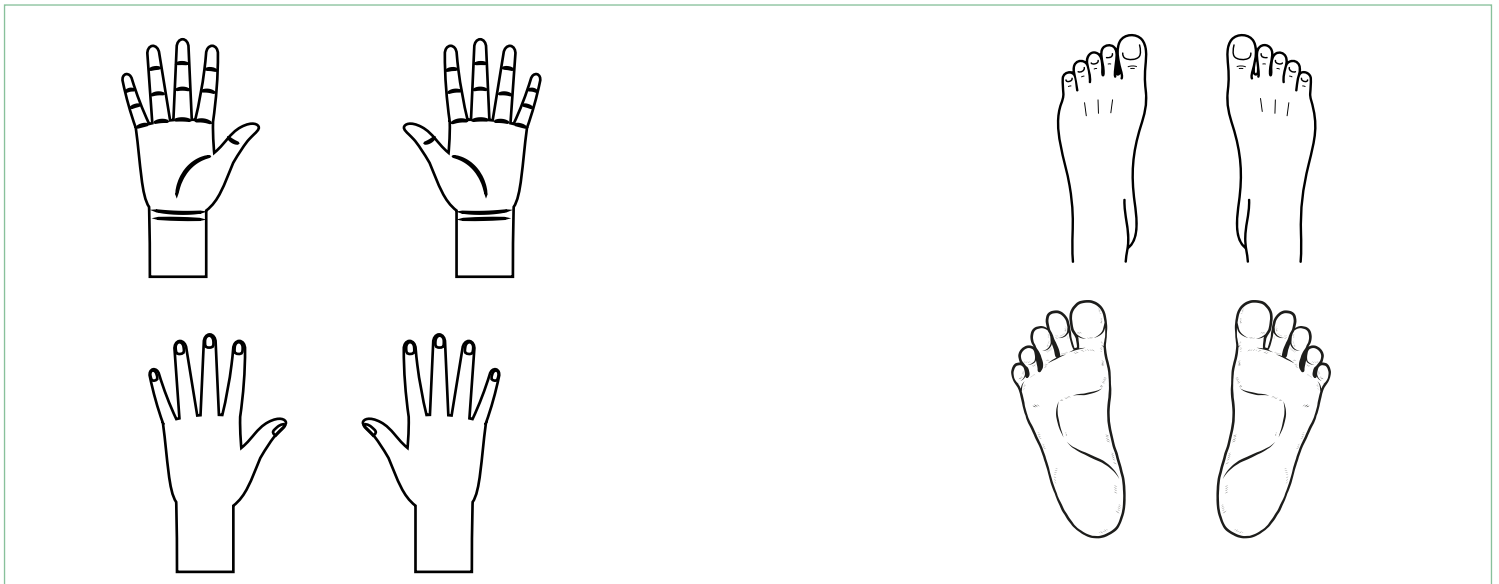
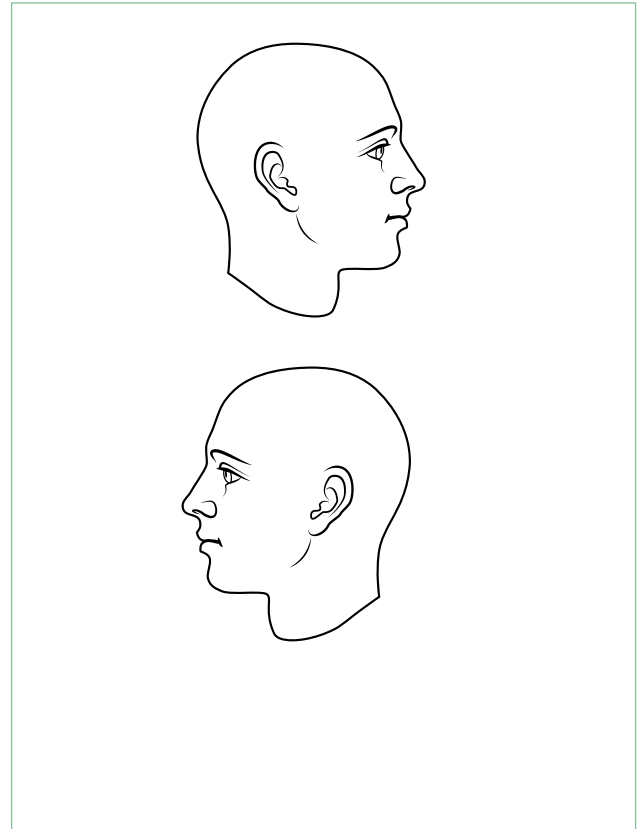
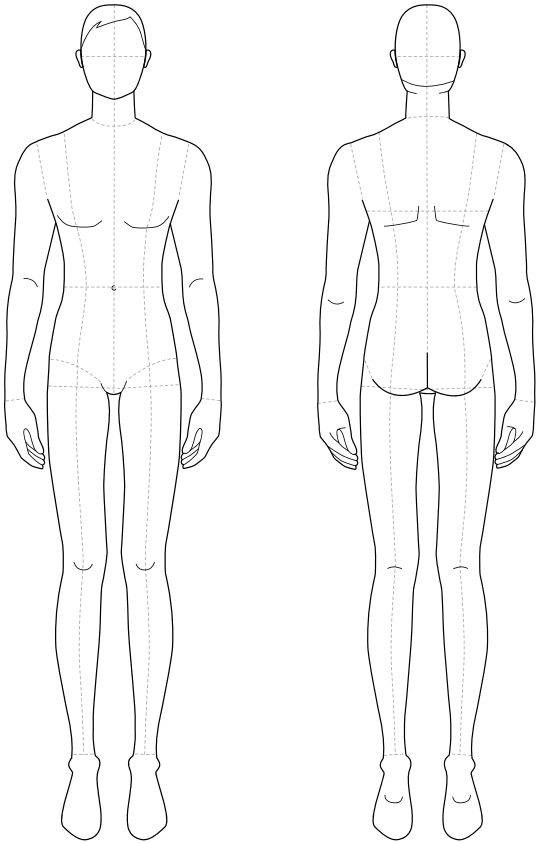
Cirugía previa: No Sí Especifique:
Biopsia previa: No Sí
Diagnóstico previo:

Terapia previa: No Radioterapia Quimioterapia Hormonal
 Otro (Especifique):

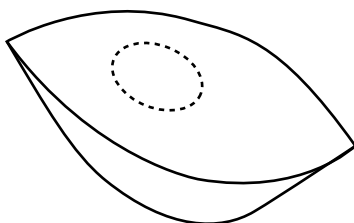
DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

SINOPSIS O HISTORIA CLÍNICA:

FAVOR MARCAR CON UNA X LUGAR DE LA TOMA DE MUESTRA



FAVOR MARCAR ORIENTACIÓN Y REFERENCIAS ANATÓMICAS



Referencias

Priscilla Kelly

Revisado y aprobado por: Dra. Priscilla Kelly
Elaborado por: Sonia Dickson