

Estudio Patológico

Nombre y Apellido:.....Protocolo N°.....
Nacionalidad:.....DNI. N°.....
Obra Social:.....Sala:.....Cama:.....Edad:.....Sexo:.....
Ocupación:.....Historia Clínica N°.....

Observaciones:.....

ANTECEDENTES HEREDITARIOS (En caso de presuntas neoplasias precisarlos con exactitud):.....

ANTECEDENTES PERSONALES:.....

ENFERMEDADES Y ESTADO ACTUAL (Antecedentes, datos radiográficos de Laboratorio):.....

PARA MATERIAL GINECOLÓGICO Y GLÁNDULA MAMARIA

Ritmo Menstrual:.....

Última Menstruación:.....

Fecha del último parto o aborto:/...../.....

MATERIAL ENVIADO:.....

Sitio y fecha de la Toma:.....

EXÁMENES HISTOPATOLÓGICO (Realizados anteriormente - Resultados):.....

DIAGNOSTICO SOSPECHADO (Clínico):.....

Remite el Doctor:.....Tel. N°.....

Domicilio:.....

Localidad:.....

.....
Firma y Sello