

Fecha: (D/M/A)

Nombre (s):

Apellido (s):

Cédula/Pasaporte:

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

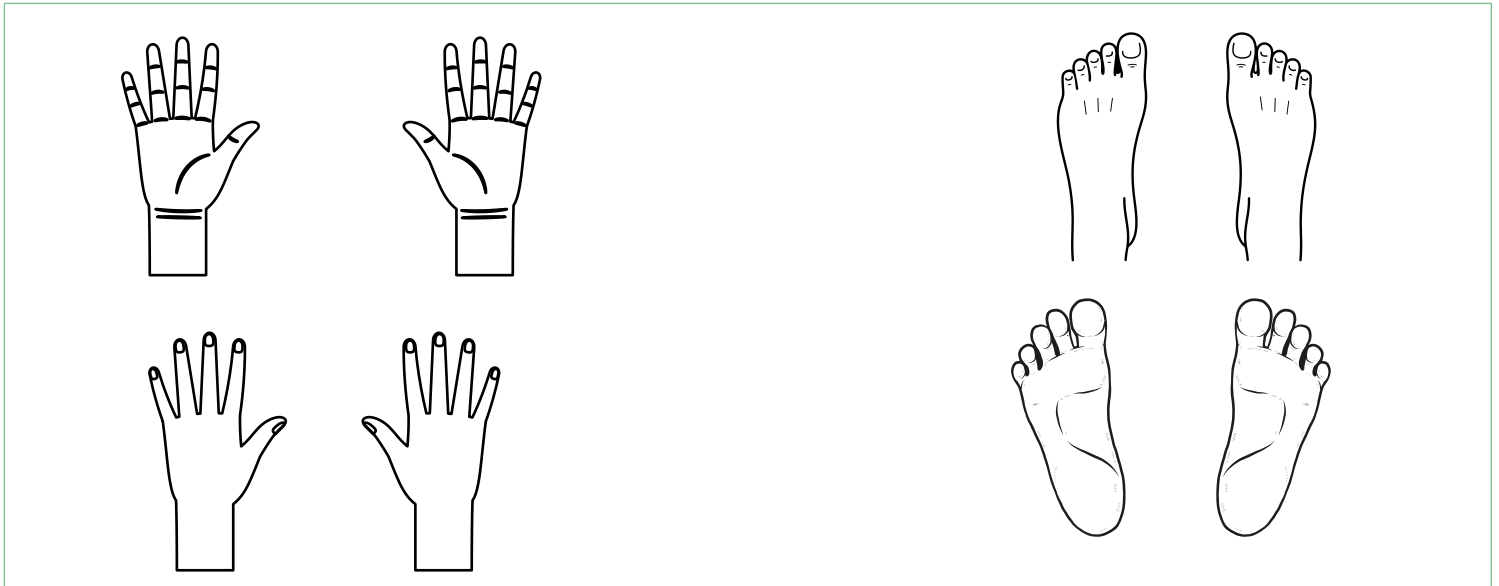
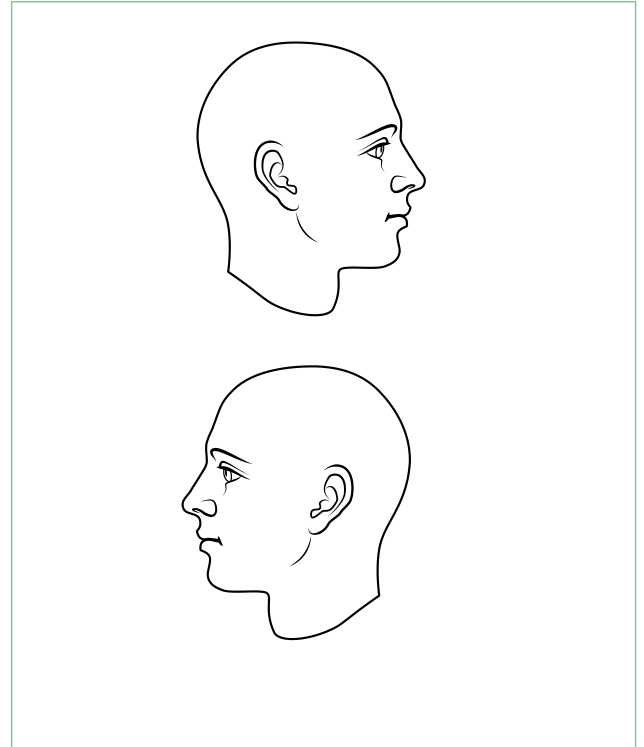
Otro (Especifique): _____

DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

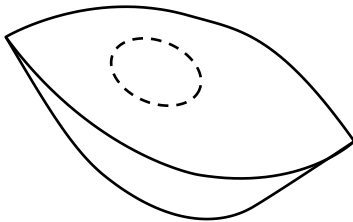
SINOPSIS O HISTORIA CLÍNICA:

Recomendación: Antes de hacer uso de éste documento, favor confirmar su vigencia en el software ISOLucion por si ha sido modificada la versión. Las modificaciones y/o actualizaciones de éste documento deberán solicitarlas a control de documentos.

FAVOR MARCAR CON UNA X LUGAR DE LA TOMA DE MUESTRA



FAVOR MARCAR ORIENTACIÓN Y REFERENCIAS ANATÓMICAS



Referencias:

Recomendación: Antes de hacer uso de éste documento, favor confirmar su vigencia en el software ISOlucion por si ha sido modificada la versión. Las modificaciones y/o actualizaciones de éste documento deberán solicitarlas a control de documentos.