

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

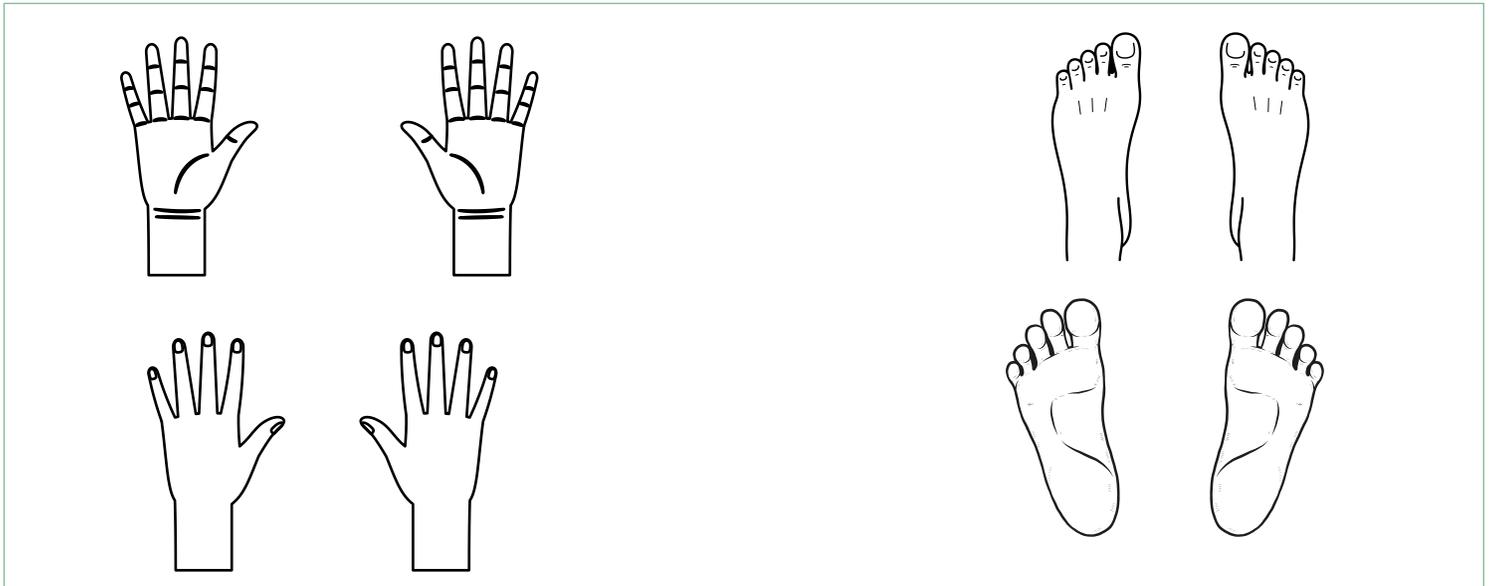
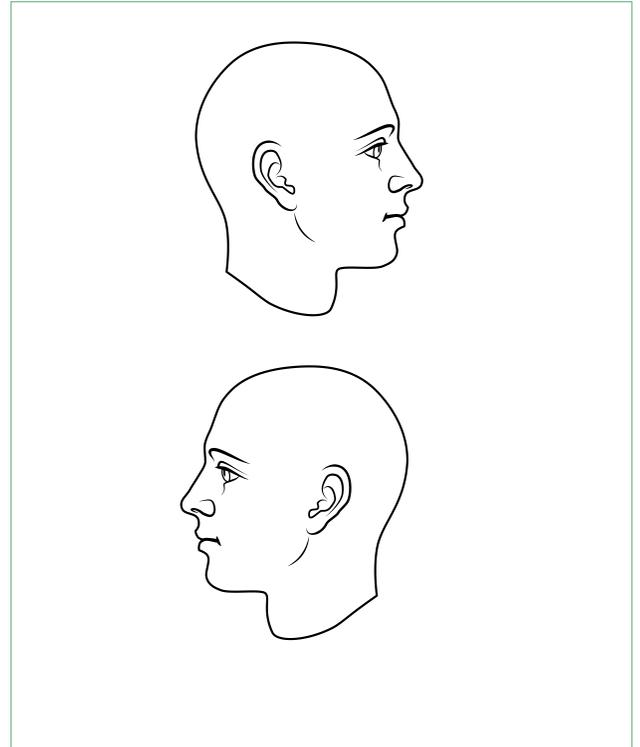
Otro (Especifique): \_\_\_\_\_

**DIAGNÓSTICO CLÍNICO:**

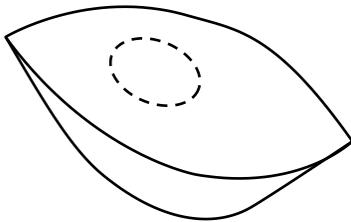
**SINOPSIS O HISTORIA CLÍNICA:**

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.