

Fecha: (D/M/A)

Nombre (s):

Apellido (s):

Cédula/Pasaporte:

Edad:

Fecha de nacimiento (D/M/A):

Sexo: M F

Teléfono:

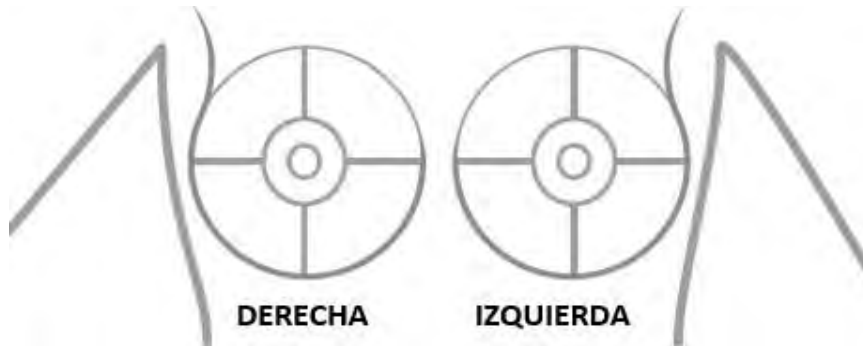
Doctor/Laboratorio:

No. Cliente:

Centro de Salud:

Ciudad:

TOMA DE MUESTRA	Fecha: (D/M/A) <input type="text"/>	Hora: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	Tiempo isquemia:	Caliente: _____ min. Fría: _____ min.
TIPO DE MUESTRA	<input type="checkbox"/> Biopsia por aguja gruesa	<input type="checkbox"/> Biopsia por aguja fina (Citología)	<input type="checkbox"/> Otro: _____		
	<input type="checkbox"/> Excisional Lumpectomía	<input type="checkbox"/> Mastectomía			
LOCALIZACIÓN ANATÓMICA:					
FAVOR MARCAR CON UNA X LUGAR DE LA TOMA DE MUESTRA					



<input type="checkbox"/> Nódulo	<input type="checkbox"/> Nódulo con Calcificación	<input type="checkbox"/> Quiste
<input type="checkbox"/> Calcificación	<input type="checkbox"/> Densidad Asimétrica	<input type="checkbox"/> Otro: _____

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO:

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.