

Formulario de solicitud y resultado de patologia de abril de 1984

Original: Depto. de Patología  
Copia: Médico Solicitante  
Copia: Historia Clínica  
Copia: Patología  
Copia: Registro Nacional del Cáncer

REPUBLICA DE PANAMA  
MINISTERIO DE SALUD - CAJA DE SEGURO SOCIAL

SOLICITUD DE PATOLOGIA

Institución \_\_\_\_\_ SALA \_\_\_\_\_ CAMA \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

APELLIDO PATERNO                      APELLIDO MATERNO                      NOMBRES

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

DIA                      MES                      AÑO

Nº de Cédula: \_\_\_\_\_ Nº DE SEG.SOC.: \_\_\_\_\_ Nº de HISTORIA CLINICA: \_\_\_\_\_

5. Fecha de Nacimiento: 

--	--	--	--	--	--

 6. Edad: \_\_\_\_\_ 7. Sexo: \_\_\_\_\_ 8. Ocupación: \_\_\_\_\_

DIA                      MES                      AÑO

RESIDENCIA HABITUAL: \_\_\_\_\_ LUGAR DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

DIRECCION DEL TRABAJO \_\_\_\_\_ OCUPACION \_\_\_\_\_

Resúmen de la Historia Clínica: (Anotar si el paciente está recibiendo tratamiento oncológico, en dónde y si tiene estudio cito-histopatológico anterior).

Origen del Tejido o Muestra:

Diagnóstico Clínico

Fecha de Obtención:

Firma del Médico: \_\_\_\_\_

**INFORME DEL PATOLOGO:**

No. DE EXAMEN \_\_\_\_\_

Fecha de recibo: \_\_\_\_\_ Fecha de Informe: \_\_\_\_\_ Firma del Patólogo: \_\_\_\_\_

Servicio de Patología de: \_\_\_\_\_ Nombre del Patólogo: \_\_\_\_\_