

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: _____