

**MINISTERIO DE SALUD / CAJA DE SEGURO SOCIAL**

**REGISTRO DIARIO DE TUMORES**

**INSTITUCION:** \_\_\_\_\_ **MEDICO PATOLOGO:** \_\_\_\_\_ **DIA:** \_\_\_\_\_ **MES:** \_\_\_\_\_ **AÑO:** \_\_\_\_\_

N° O R D E N	NOMBRE	N° DE CEDULA	N° DE S. S.	SEXO M(1) F(2)	EDAD AÑOS Cumplidos	OCUPACION	LUGAR DE RESIDENCIA PERMANENTE	FUENTE HISTOPATOLOGICA Biopsia (1) Necrop.(2) Cirugia(3) PAP (4)	FECHA DE EXAMEN	ESTABLECIMIENTO QUE TOMO LA BIOPSIA		HOSPITAL DE Tx	FALLECIO SI = 1 NO = 2	FECHA DE LA MUERTE	REVISION DE LAMINILLA SI = 1 NO = 2
										1° LOCALIZACION SITIO ANATOMICO	N° DE BIOPSIA				
1										1°					
										2°					
2										1°					
										2°					
3										1°					
										2°					
4										1°					
										2°					
5										1°					
										2°					
6										1°					
										2°					