

Nº DE CASO:

REPUBLICA DE PANAMA  
MINISTERIO DE SALUD - CAJA DE SEGURO SOCIAL

REGISTRO DE TUMORES

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

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

Nº de Cédula:

Nº de SEGURO SOCIAL:

Nº de HISTORIA CLINICA:

PROV.

AV.

TOMO

ASIENTO

5. Fecha de Nacimiento:

6. Edad:

7. Sexo:

m-1; f-2

8. Ocupación:

9. Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_

10. Lugar de Residencia: \_\_\_\_\_

11. Fuente de Información Histopatológica: \_\_\_\_\_

12. Tipo de Cirugía: \_\_\_\_\_

13. Nº de Examen o Biopsia:

14. Establecimiento que procesó la muestra: \_\_\_\_\_

15. Establecimiento que tomó la muestra: \_\_\_\_\_

16. Fecha de Examen:

Resumen 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 PATÓLOGO:

(17a - 20h) a= Anatómico h= Histopatológico

Para uso del  
Codificador

2)
3)
4)
5)
6)
7)
8)
9)
10)
11)
12)
13)
14)
15)
16)
17a)
18h)
19a)
20h)
21)
22)
23)

21. Hospital donde recibe tratamiento: \_\_\_\_\_

22. Fallecido:

Si

No

23. Fecha de Muerte:

Fecha de recibo:

Fecha de Informe:

Firma del Patólogo: \_\_\_\_\_

Servicio de Patología de: \_\_\_\_\_

Nombre del Patólogo: \_\_\_\_\_