

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: _____