

Formulario de solicitud y resultado de patología 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: _____

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 PATOLOGO:

No. DE EXAMEN: _____

Fecha de recibo: _____

Fecha de Informe: _____

Firma del Patólogo: _____

Servicio de Patología de: _____

Nombre del Patólogo: _____