SOLICITUD DE ESTUDIO HISTOPATOLOGICO

ESPECIALISTAS EN MEDICINA Y PATOLOGÍA BUCAL

Número de Registro: _____

Fecha:_____

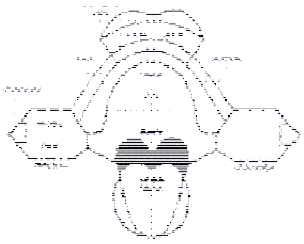
Nombre del paciente:_____ Edad:____Género:___

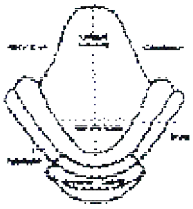
Domicilio: _____ Teléfono:_____

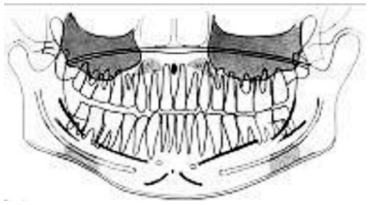
Diagnóstico clínico: _____

Instrucciones: anotar en el esquema la localización, en los renglones anexos a los esquemas colocar características clínicas o radiográficas según corresponda.

TIPO DE BIOPSIA Y TAMAÑO:_____







_____
_____
_____
_____
_____
_____

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

_____
_____
_____
_____

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Fecha de toma de biopsia:_____

Nombre del clínico_____

Firma de quien recibe:_____

Email: patobu1@hotmail.com o patobcl@hotmail.com