



Casa Abierta al Tiempo

SOLICITUD DE ESTUDIO CITOLÓGICO

No. DE CITOLOGÍA _____ FECHA _____

NOMBRE DEL PACIENTE _____ EDAD _____ SEXO _____

NOMBRE DEL SOLICITANTE _____ CLÍNICA _____

DATOS DE LA LESIÓN

Vesícula Úlcera Mácula Erosión Otro _____

COLOR _____ FORMA _____ NÚMERO _____

TAMAÑO (cm.) _____ LOCALIZACIÓN _____

SINTOMATOLOGÍA _____

VINCULACIÓN SISTEMICA ESPECIFIQUE _____

TIEMPO DE EVOLUCIÓN DIAS SEMANAS MESES AÑOS

TINCION

H.E. P.A.S. PAPANICOLAOU GROCCOT OTRO

ESPECIFIQUE _____ IMPRESIÓN DIAGNOSTICA _____

DESCRIPCÓN CITOLÓGICA:

DIAGNÓSTICO CITOLÓGICO:

DX:

FIRMA DEL PATOLOGO