

LABORATORIO DE PATOLOGÍA BUCAL SOLICITUD DE ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO

No. de biopsia **B-**

DATOS DEL PACIENTE

Nombre _____		Fecha _____	
Sexo _____	Edad _____	Teléfono _____	Dirección _____
Consumo de tabaco	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Ex fumador (a) <input type="checkbox"/>
		edad de inicio _____ cigarros/semana _____	edad de inicio _____ edad de interrupción _____ cigarros/semana _____
Consumo de alcohol	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Ex bebedor (a) <input type="checkbox"/>
Unidades de bebida: 330 ml cerveza/pulque, 125 ml vino, 30 ml licor		edad de inicio _____ unidades/semana _____	edad de inicio _____ edad de interrupción _____ unidades/semana _____

DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre _____	Adscripción _____
Dirección _____	Teléfono _____

DATOS CLÍNICOS DE LA LESIÓN

Lesión básica	Mácula <input type="checkbox"/>	Pápula <input type="checkbox"/>	Placa <input type="checkbox"/>	Nódulo <input type="checkbox"/>	Tumor <input type="checkbox"/>	Úlcera <input type="checkbox"/>	Vesícula <input type="checkbox"/>	Otra _____
Forma	Esferoidal <input type="checkbox"/>	Ovoide <input type="checkbox"/>	Irregular <input type="checkbox"/>					
Consistencia	Blanda <input type="checkbox"/>	Firme <input type="checkbox"/>	Dura <input type="checkbox"/>	Fluctuante <input type="checkbox"/>	Base	Sésil <input type="checkbox"/>	Pediculada <input type="checkbox"/>	
Color _____	Superficie _____	Fondo _____	Número _____					
Tamaño _____	Localización _____							
Sintomatología asociada _____								
Tiempo de evolución	<input type="checkbox"/> Desconocido	_____ Días	_____ Meses	_____ Años				
Tratamiento(s) previo(s) _____								
Biopsia previa	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No. biopsia _____	Dx histopatológico previo _____				

DATOS RADIOGRÁFICOS

Tipo estudio	Rx dentoalveolar <input type="checkbox"/>	Rx oclusal <input type="checkbox"/>	Ortopantomografía <input type="checkbox"/>	Cone-beam <input type="checkbox"/>	Tomografía <input type="checkbox"/>	RM <input type="checkbox"/>		
Apariencia	Radiolúcida <input type="checkbox"/>	Radiopaca <input type="checkbox"/>	Mixta <input type="checkbox"/>	Hipodensa <input type="checkbox"/>	Hiperdensa <input type="checkbox"/>	Mixta <input type="checkbox"/>		
Bordes	Difusos <input type="checkbox"/>	Delimitados <input type="checkbox"/>	Corticalizados <input type="checkbox"/>	Expansión cortical	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Vestibular <input type="checkbox"/>	Pal./lingual <input type="checkbox"/>
Relación con OD	Pericoronar <input type="checkbox"/>	Periapical <input type="checkbox"/>	Involucra todo el OD <input type="checkbox"/>	Rel. raíz	Respeto <input type="checkbox"/>	Desplaza <input type="checkbox"/>	Reabsorbe <input type="checkbox"/>	

NATURALEZA PROBABLE DE LA LESIÓN

Inflamatoria <input type="checkbox"/>	Quística <input type="checkbox"/>	Hiperplásica <input type="checkbox"/>	Neoplásica <input type="checkbox"/>	Degenerativa <input type="checkbox"/>	Autoinmune <input type="checkbox"/>	Malformación <input type="checkbox"/>	Infecciosa <input type="checkbox"/>
Vinculación sistémica	No sabe <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Especifique _____			
Observaciones adicionales _____							
IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA							

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROCESAMIENTO Y ALMACENAMIENTO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS, Y PARA EL USO FUTURO DE MUESTRAS SIN USAR

Yo, _____ acudo al Laboratorio de Histopatología Bucal de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco (UAM-X), para solicitar el servicio de procesamiento y de diagnóstico histopatológico en la muestra biológica que me fue tomada por _____ el día _____, del sitio _____, a través del procedimiento _____ con diagnóstico presuntivo _____, [o sin diagnóstico ()], por tanto:

<input type="checkbox"/> AUTORIZO	<input type="checkbox"/> NO AUTORIZO
a que dicha muestra sea analizada al microscopio por especialistas en Patología Bucal de la UAM-X, quienes me entregarán el diagnóstico histopatológico por escrito. Me han explicado que las muestras bucales suelen ser pequeñas, y por lo tanto, puede perderse parte o todo el tejido durante su procesamiento.	
<input type="checkbox"/> AUTORIZO	<input type="checkbox"/> NO AUTORIZO
a que en caso de que haya sobrante de dicha muestra, ésta sea almacenada en el Laboratorio de Histopatología de la UAM-X. Entiendo que después de transcurrido el periodo de 5 años a partir del día de hoy, el Laboratorio de Histopatología puede desechar la muestra, de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-037-SSA3-2016.	
<input type="checkbox"/> AUTORIZO	<input type="checkbox"/> NO AUTORIZO
A que la muestra sea utilizada en el futuro para la investigación en lesiones bucales y de los maxilares que se realiza en la UAM-X, que tiene como fin avanzar en el conocimiento sobre estas lesiones. Los resultados que pudieran obtenerse en los estudios pueden ser publicados en revistas científicas, nunca será facilitada mi identidad o datos que pudieran llegar a identificarme. La donación de esta muestra es voluntaria y altruista, por lo que no obtendré ni ahora ni en el futuro ningún beneficio económico, y en cualquier momento puedo revocarla, lo cual no supondrá ningún cambio ni perjuicio para mí. En caso de revocación, la muestra dejará de formar parte de la investigación, aunque los datos obtenidos hasta ese momento si formarán parte de la misma.	
<input type="checkbox"/> AUTORIZO	<input type="checkbox"/> NO AUTORIZO
A que en caso que los resultados de estas investigaciones proporcionen datos que pudieran ser clínicamente relevantes para mí, me sean comunicados. Un especialista en Patología Bucal de la UAM-X me ofrecerá la información en detalle, una vez obtenidos los resultados.	

He leído la información anterior y he comprendido los propósitos del uso de mis muestras biológicas. He tenido la oportunidad de preguntar mis dudas y todas han sido aclaradas. Me he quedado con una copia de esta forma de consentimiento, en la Ciudad de México, a los _____ días del mes de _____ del año 201__.

Número de biopsia: _____ Diagnóstico histopatológico: _____

Nombre del paciente/sujeto de investigación: _____ **Firma:** _____
Dirección: _____ **Teléfono:** _____ **Correo electrónico:** _____

Nombre del testigo: _____ **Firma:** _____

Nombre del testigo: _____ **Firma:** _____

Por el Laboratorio de Histopatología de la UAM-X: _____ **Firma:** _____

Aviso de privacidad simplificado: El laboratorio de Histopatología de la Maestría en Patología y Medicina Bucal de la UAM-Xochimilco, con domicilio en Calzada del Hueso 1100, Laboratorio H-109, colonia Villa Quietud, Delegación Coyoacán 04960, CDMX, México, es responsable del debido tratamiento y protección de los datos personales que nos proporcione (nombre, edad, sexo, dirección, teléfono, correo electrónico y diagnóstico). Los datos personales serán utilizados para proporcionar un diagnóstico oportuno y de calidad, así como integrar un expediente. Estos datos son considerados sensibles, por lo que no podrán ser tratados sin su consentimiento expreso y por escrito, de conformidad con lo señalado en los artículos 7, 21 y 22 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. La negativa para el uso de su información para las finalidades mencionadas no podrá ser motivo para que se le niegue el servicio. De cualquier forma, no se dará tratamiento a estos datos para finalidades distintas apuntadas en este Aviso de Privacidad. La Maestría en Patología y Medicina Bucal de la UAM-Xochimilco no venderá, cederá ni transferirá la información recabada salvo cuando el usuario lo autorice expresamente, sea requerido por la ley, decreto o resolución administrativa, sea en cumplimiento de una resolución judicial. Usted tiene derecho de acceder, rectificar y cancelar sus datos personales, así como de oponerse al tratamiento de los mismos o revocar el consentimiento que para tal fin nos haya otorgado, a través de los procedimientos que hemos implementado.