

No. historia clínica: \_\_\_\_\_ Nombre completo: \_\_\_\_\_

Tipo de identificación: C.C.  C.E.  T.I.  PA  No. \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Género: F  M

Procedencia: \_\_\_\_\_ Solicitud por el servicio de: \_\_\_\_\_ EPS: \_\_\_\_\_

Médico solicitante: \_\_\_\_\_ Móvil de MD: \_\_\_\_\_

## DIAGNÓSTICO DE REFERENCIA

En estudio:  Seguimiento  Recaída

## ANTECEDENTES CLÍNICOS

Tratamiento: \_\_\_\_\_ Fase: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

Otras neoplasias: \_\_\_\_\_ Corticoides: Sí  No

## HALLAZGOS FÍSICOS Y CLÍNICOS

Linfadenopatía Sí  No  Hepatomegalia Sí  No  Esplenomegalia Sí  No

SNC comprometido Sí  No  Infiltración piel y/o encías Sí  No  Sd. Hemorragíparos Sí  No

Masa Tímica Sí  No  Masa mediastínica Sí  No  Derrame Pleural Sí  No

## EXAMEN SOLICITADO

Inmunofenotipo: \_\_\_\_\_ Tipo de muestra enviada: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Fecha de toma de muestra: AAAA MM DD Hora: \_\_\_\_\_

Se envía Mielograma: Sí  No

Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_