

FECHA: AAAA MM DD
CÓDIGO: _____

Laboratorio o médico remitente: _____ Ciudad: _____ Teléfono: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre completo: _____ Género: F M

Tipo de identificación: C.C. C.E. T.I. No. de identificación: _____ Edad: _____

DATOS CLÍNICOS: _____

HALLAZGOS QUIRÚRGICOS: _____

DIAGNÓSTICO CLÍNICO: _____

CIRUGÍA REALIZADA: _____

TEJIDO ENVIADO: _____