

ANATOMÍA PATOLÓGICA

NOMBRE Y APELLIDO:..... EDAD:.....

Si toma MEDICACIÓN habitual, por favor indique cuál:.....

DATOS DE CONTACTO DEL MÉDICO DERIVANTE

Correo electrónico:..... Teléfono:.....

OBLIGATORIO (INDIQUE EN QUÉ TIPO DE MATERIAL SE REALIZARÁ EL ESTUDIO)

GINECOLÓGICO	☐ Mama	☐ Endometrio	☐ Cuello uterino	☐ PAP
GASTROINTESTINAL	☐ Esófago	☐ Duodeno	☐ Intestino delgado	
	☐ Estómago	☐ Colon/recto	☐ Otro (.....)	
	☐ Hígado	☐ Páncreas		
UROLÓGICO	☐ Próstata	☐ Vejiga	☐ Riñón	☐ Otro
☐ PIEL	☐ MÉDULA ÓSEA	☐ ORINA (estudio de CITOLOGÍA)		
☐ BOCA/LABIO	☐ GLANGLIO LINFÁTICO	☐ OTORRINOLARINGOLÓGICO		
☐ OTRO (especifique:.....)				

PAPANICOLAOU

Complete este sector si se realizó un estudio de Papanicolaou.

F.U.M. (última menstruación).....

Cantidad de hijos: Último parto (año):.....

 ¿Tiene colocado un DIU? ☐ SÍ ☐ NO

 Antecedentes oncológicos: ☐ SÍ ☐ NO

Si contestó "SÍ", especifique qué antecedentes:..

.....

 ¿Hace o hizo tratamiento con quimioterapia o radioterapia? ☐ SÍ ☐ NO

 ¿Se vacunó contra el HPV? ☐ SÍ ☐ NO

BIOPSIAS DE PIEL

Complete este sector si se realizó una biopsia de piel.

¿De qué parte del cuerpo le tomaron la biopsia?

¿Tiene lesiones similares en el resto del cuerpo? ¿Dónde?.....

¿Cuánto tiempo hace que tiene la/s lesión/es?.....

¿La/s lesión/es le ocasionan síntoma/s? ¿Cuál/es?.....

¿Tiene algún antecedente de enfermedades de la piel? ¿Cuál/es?.....

.....

CITOLOGÍA DE ORINA

Complete este sector para estudio citológico de orina.

 ¿Tiene diagnóstico previo de cáncer de vejiga? ☐ SÍ ☐ NO Si contestó "SÍ", indique en qué año:.....

 ¿Realizó quimioterapia o tratamiento con BCG? ☐ SÍ ☐ NO Si contestó "SÍ", indique en qué año:.....