

CLAVE CLTE: _____

FOLIO: _____

Mar Mediterráneo 124-7 Col. Popotla CP 11400 Del. Miguel Hidalgo. Ciudad de México. Tel- 55 5342-1000 /55 53421010

DATOS DEL PACIENTE:

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

EDAD DEL PACIENTE: _____ FECHA DE TOMA: _____

ESTUDIO QUE SOLICITA: PAPANICOLAOU ☐ CONO CERVICAL ☐
CITOLOGÍA EN BASE LÍQUIDA ☐ PIEZA QUIRÚRGICA ☐
BIOPSIA (ESPECIFIQUE ☐ CITOLOGÍA OTROS MEDIOS ☐
TIPO DE BIOPSIA) _____

ANTECEDENTES GINECO OBSTÉTRICOS

FECHA DE LA ÚLTIMA REGLA: _____ GESTAS: _____

PARTOS: _____ ABORTOS: _____ CESAREAS: _____

Terapia Hormonal: si ☐ no ☐ Sangrado Anormal: si ☐ no ☐ Histerectomía: si ☐ no ☐

Síntomas: _____

Resultados Anteriores: _____

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

ESPÉCIMEN: _____

TIEMPO DE EVOLUCIÓN: _____

RESULTADO DE ESTUDIOS ANATOMOPATOLÓGICOS ANTERIORES: _____

DIAGNÓSTICO CLÍNICO: _____

INTERÉS ESPECIAL DEL MÉDICO: _____

OTROS ESTUDIOS

a) CULTIVO VAGINAL CONVENCIONAL ☐ g) PERFIL INFECCIOSO (c+d) ☐
b) CULTIVO VAGINAL COMPLETO (a+c+d) ☐ h) UROCULTIVO ☐
c) DETECCIÓN DE CHLAMYDIA ☐ i) BAAF DE MAMA ☐
d) DETECCIÓN DE MYCOPLASMA Y UREAPLASMA ☐ j) BAAF DE TIROIDES ☐
e) TIPIFICACIÓN DE PAILOMA POR PCR / SECUENCIACIÓN ☐ k) MARCADOR P-16 ☐
f) INMUNO HISTOQUÍMICA DE: _____ l) REVISIÓN DE LAMINILLAS DE CITOLOGÍA ☐
NÚMERO DE MARCADORES: _____ m) REVISIÓN DE LAMINILLAS DE PATOLOGÍA ☐

MOTIVO PARA SOLICITAR EL ESTUDIO: _____

NOMBRE DEL MÉDICO: _____

CORTAR (solo para el laboratorio)

ENGRAPAR

DOBLAR
DOBLAR

ENGRAPAR