

EXAMEN ANATOMOPATOLÓGICO

() **CITOPATOLOGÍA** () **HISTOPATOLOGÍA** () **INMUNOHISTOQUÍMICA**

Paciente: _____

Indicación del Dr.: _____

Institución de Procedencia: _____

Condición: () Particular () Seguro Privado () Otros

Nro. D.N.I.: _____ Celular: _____

Edad / Fecha Nac.: _____ Sexo: (F) (M)

Ocupación: _____

FUR: ____ / ____ / ____ MAC: _____ RC: ____ / ____ FO: _____

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD:

HALLAZGOS OPERATORIOS / ENDOSCÓPICOS / COLPOSCÓPICOS/....

Órgano de donde procede la muestra: _____

Muestra: _____

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO:

Arequipa, ____ / ____ / 202

Firma
CMP _____

Calle Peral Nº 217 - 2º piso Oficina 1 (al lado de Laboratorio Muñoz)
Teléfono: 054-284622 Celular y WhatsApp: 958798224
E-mail: pathodiagnostico@yahoo.com

Horario de atención: Lunes a Viernes de 8:00 a.m. a 7:00 p.m.
Sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m.