

CLAVE CLTE: \_\_\_\_\_

FOLIO: \_\_\_\_\_

Teléfono(s): 22 25 02 31 96 / 22 11 20 03 60

23 Sur 3503, Colonia Benito Juárez. Puebla CP: 72410 / Alfredo Chavero. Número 49. Colonia Obrera. Alcaldía Cuauhtémoc CP: 06800

**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 <input type="checkbox"/>                     | g) PERFIL INFECCIOSO (c+d) <input type="checkbox"/>             |
| b) CULTIVO VAGINAL COMPLETO (a+c+d) <input type="checkbox"/>                 | h) UROCULTIVO <input type="checkbox"/>                          |
| c) DETECCIÓN DE CHLAMYDIA <input type="checkbox"/>                           | i) BAAF DE MAMA <input type="checkbox"/>                        |
| d) DETECCIÓN DE MYCOPLASMA Y UREAPLASMA <input type="checkbox"/>             | j) BAAF DE TIROIDES <input type="checkbox"/>                    |
| e) TIPIFICACIÓN DE PAPILOMA POR PCR / SECUENCIACIÓN <input type="checkbox"/> | k) MARCADOR P-16 <input type="checkbox"/>                       |
| f) INMUNO HISTOQUÍMICA DE: _____ <input type="checkbox"/>                    | l) REVISIÓN DE LAMINILLAS DE CITOLOGÍA <input type="checkbox"/> |
| NÚMERO DE MARCADORES: _____ <input type="checkbox"/>                         | m) REVISIÓN DE LAMINILLAS DE PATOLOGÍA <input type="checkbox"/> |

MOTIVO PARA SOLICITAR EL ESTUDIO: \_\_\_\_\_

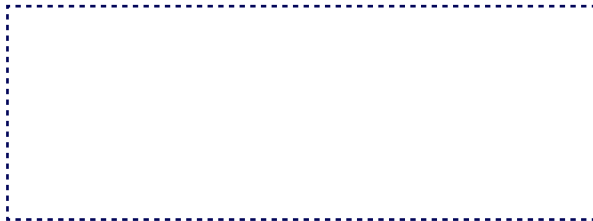
NOMBRE DEL MÉDICO: \_\_\_\_\_

CORTAR (solo para el laboratorio)

ENGRAPAR

ENGRAPAR

DOBLAR  
DOBLAR



ESTOS DATOS SON OBLIGATORIOS EN ESTUDIOS CITOLOGICOS Y PATOLOGICOS