Patología Citología DEL RIO

Información del paciente:

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Datos clínicos, paraclínicos, diagnóstico radiológico y diagnóstico clínico:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Información clínica

Fecha _____

Médico tratante _____

Obligatorio: la historia clínica y otros informes aplicables.

Razón para referir:

_____

☐ Nuevo diagnostico

☐ Recaída

☐ En remisión

☐ Vigilancia

Paseo del Centenario 9580-601-A, Zona Urbana Rio Tijuana, 22010 Tijuana, B.C.

E-mail: patologia.delrio@gmail.com

Tel. (664) 634 7863 y (664) 900 7377