

Fecha de obtención: / /

## SOLICITUD DE EXAMEN HISTOPATOLÓGICO

Av. La Paz Nº 750 — Fono 29781808 — Independencia — Santiago Chile  
correo-e: sap.fo@odontologia.uchile.cl

(Uso Exclusivo Servicio)

Nº

Fecha Recepción

Tiene Biopsia Anterior en este Servicio Sí  No

### Identificación del paciente:

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombres	
Rut		Fecha de Nac:		Sexo	
Dirección				Comuna	
Teléfono Fijo		Teléfono Celular		Correo e	

### Antecedentes Médicos personales

Patologías Sistémicas	
Tratamiento Farmacológicos	
Alergias	

### Consumo de tabaco [Marque con una "X" donde corresponda]

Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Ex -Fumador	<input type="checkbox"/>
Edad de inicio					
Cantidad (Cig/día)					

### Consumo de Alcohol [Marque con una "X" donde corresponda]

Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Ex -Bebedor	<input type="checkbox"/>
Edad de inicio					
Cantidad (veces/sem)					

### Datos del Profesional Solicitante

Nombre					
Dirección				Teléfono	
Correo					

### Datos Clínicos de la Lesión [Marque con una "X" donde corresponda]

Tipo	Mácula	<input type="checkbox"/>	Pápula	<input type="checkbox"/>	Placa	<input type="checkbox"/>	Nódulo	<input type="checkbox"/>	Tumor	<input type="checkbox"/>	Úlcera	<input type="checkbox"/>	Vesícula	<input type="checkbox"/>	Otra	<input type="checkbox"/>
Forma	Esferoidal	<input type="checkbox"/>	Ovoide	<input type="checkbox"/>	Irregular	<input type="checkbox"/>	Otra	<input type="checkbox"/>				Número				
Consistencia	Blanda	<input type="checkbox"/>	Firme	<input type="checkbox"/>	Dura	<input type="checkbox"/>	Fluctuante	<input type="checkbox"/>	Base	<input type="checkbox"/>	Sésil	<input type="checkbox"/>	Pediculada	<input type="checkbox"/>		
Localización				Superficie				Color								
Tamaño (mm)		Tiempo de evolución		Biopsia previa	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>				Dg. Histopatológico previo:				
Síntomas asociados				Tratamientos previos												

### Antecedentes Imagenológicos

[Marque con una "X" donde corresponda]

Se realizó examen imagenológico	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Tipo de examen				
Nota: Favor adjuntar examen(es) imagenológico(s) del caso. Para un correcto diagnóstico histopatológico es importante evaluar estos exámenes; estos serán devueltos junto al informe histopatológico de biopsia.				
Envía examen imagenológico	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>

### Observaciones Adicionales

--

### Hipotesis Diagnóstica

- 1.- \_\_\_\_\_
- 2.- \_\_\_\_\_
- 3.- \_\_\_\_\_

Enviar formulario online a: [sap.fo@odontologia.uchile.cl](mailto:sap.fo@odontologia.uchile.cl)

