



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD
Hospital Universitarios San Cecilio

DATOS DEL PACIENTE

NUHSA: _____ DNI: _____
NOMBRE: _____
EDAD: _____
SEXO: _____

SOLICITUD ESTUDIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

CENTRO PETICIONARIO:

SERVICIO REMITENTE:

MEDICO REMITENTE:

TIPO DE PACIENTE:

PRIORIDAD:

FECHA DE SOLICITUD:

TIPO DE MUESTRA: BIOPSIAS CITOLOGÍAS

ÓRGANO:

DATOS CLINICOS:

NUMERO DE MUESTRAS:

DATOS ADICIONALES:

FIRMA: