



SOLICITUD DE ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO

(Por favor cumplimentar toda la Solicitud con Letras Mayúsculas)

DATOS PACIENTE

Paciente: N° Historia:
Edad:años / Sexo: Mujer () Hombre () / Tipo de Biopsia: Incisional () Excisional ()

DATOS SOLICITANTE

Dr/a: Clínica:
Dirección: Población: CP:
Teléfonos: E-mail:

DATOS BIOPSIA

Mucosa () Partes blandas () Hueso () Glándula salival () Piel () Otra ()
Localización precisa: Tiempo de evolución:
Lesión clínica: Úlcera () Placa () Pápula () Mácula () Vesícula () Quiste () Tumor ()
Forma: Color: Tamaño:
Número de lesiones: (1) (2) () Consistencia: Blanda () Firme () Dura ()
Síntomatología: Asintomática () Dolor () Sangrado () Otra:
Imagen radiológica: Lúcida () Opaca () Mixta () Unilocular () Multilocular ()
Naturaleza probable de la lesión: Tumoral Benigna () Tumoral Maligna () Inflamatoria ()
Reactiva () Infecciosa () Malformativa () Otra ()
Diagnóstico clínico:
Información adicional:
.....

El cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal le informamos que los datos que nos proporciona pasarán a formar parte de un fichero titularidad de Servicio Diagnóstico Patología Oral y Maxilofacial SL, cuyas finalidades exclusivas son las derivadas de la actividad sanitaria, así como la gestión de tipo administrativa necesaria para dichos servicios. Asimismo puede necesitarlos para docencia e investigación en cuyo caso se disociarán.

El interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, expresamente reconocidos en la citada Ley Organiza 15/1999, mediante escrito, acompañado de fotocopia de DNI, dirigido a Servicio Diagnóstico Patología Oral y Maxilofacial SL, Barrio Sarriena s/n. Incubadora ZITEK mintegia. Edificio Rectorado. Universidad del País Vasco/EHU. 48940, Leioa (Bizkaia) o bien a través de los formularios que se encuentran a su disposición en la dirección anteriormente citada.

Firma:

Fecha: / / 20....

Doña./D./Tutor: ha sido informado/a y acepta las condiciones de confidencialidad expuesta y consiente con el tratamiento de sus datos y del material biopsico por el Servicio Diagnóstico Patología Oral y Maxilofacial.