



Gobierno de
México

 **IMSS BIENESTAR**
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD



FORMATO 2
HOSPITAL GENERAL IMSS-BIENESTAR PACHUCA
SOLICITUD DE ESTUDIO HISTOPATOLOGICO

Hospital de procedencia: _____

Fecha: _____ **Nº. de folio:** _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ **Edad:** _____ **Sexo:** F _____ M _____

Nº. de Expediente: _____ **Servicio** _____

Pieza o muestra quirúrgica: _____

Diagnóstico clínico: _____

Resumen clínico:

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO SOLICITANTE