



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

Hospital de procedencia: _____
Fecha: _____ N°. de folio: _____
Nombre del paciente: _____
Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: F _____ M _____
N°. de Expediente: _____ Servicio _____
Pieza o muestra quirúrgica: _____
Diagnóstico clínico: _____

Resumen clínico:

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO SOLICITANTE