

## LABORATORIO DE HISTOPATOLOGÍA

Responsable de la Toma o Recepción: (Nombre y firma)  Fecha:

Nombre:  D.N.I.:

E-mail:  Tel.:

Entidad:  Fax:

Doctor:  F.Nac.:

Observaciones:

## PETICIÓN DE CITOLOGÍA GINECOLÓGICA

## MUESTRA OBTENIDA

- |                                                |                                     |                                                 |                                |
|------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fondo de saco vaginal | <input type="checkbox"/> Exocérnix  | <input type="checkbox"/> Endocérnix             | <input type="checkbox"/> Otros |
| <input type="checkbox"/> Vulva                 | <input type="checkbox"/> Endometrio | <input type="checkbox"/> Cicatriz de colpotomía |                                |

## INFORMACIÓN CLÍNICA

|                                  |                                     |                                               |
|----------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Fecha U.R.: <input type="text"/> | Día del ciclo: <input type="text"/> | Ciclos regulares: <input type="text"/> días   |
| Gestante: <input type="text"/>   | Nº embarazos: <input type="text"/>  | Ciclos irregulares: <input type="text"/> días |
| DIU: <input type="text"/>        | Nº partos: <input type="text"/>     |                                               |

## PETICIÓN DE CITOLOGÍA

## INFORMACIÓN CLÍNICA

Espécimen/Procedencia anatómica:  Nº de muestras:

Hallazgos operatorios:

## PETICIÓN DE BIOPSIA

## INFORMACIÓN CLÍNICA

Procedencia anatómica:  Nº de muestras:

Hallazgos operatorios:

Motivo de la consulta:

Otros datos clínicos y de exploración de interés (coloscopia, Hemorragias, Flujo, Infecciones):

Tratamientos (Hormonal, Radioterápico, Quirúrgico, Otros):

Informes Histopatológicos o Citológicos previos:

Juicio Clínico:

Sus datos serán tratados por Centro Inmunológico de la Comunidad Valenciana, S.L.U. sito en la Calle Juan De Villanueva, 63, Parcela 01a. 03203, Elche, Alicante. España. con el fin de llevar a cabo la prestación de los servicios de laboratorio clínico, asesoramiento técnico y científico de pruebas de laboratorio y la interpretación clínica de informes. La base jurídica del tratamiento de los datos es la relación contractual o precontractual establecida. En caso de ser clientes de aseguradoras privadas, sus datos serán comunicados por parte de la entidad del grupo que le preste servicios sanitarios a la aseguradora privada a efectos de pago de los servicios. Los datos personales se conservarán durante el tiempo estrictamente necesario para la finalidad para la que fueron recabados. Puede ejercitar gratuitamente los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad y, en su caso, oposición, dirigiendo una comunicación por escrito, debidamente firmada al delegado de protección de datos: [dpo@riberasalud.es](mailto:dpo@riberasalud.es). Asimismo, en caso de considerar vulnerado su derecho a la protección de datos personales, podrá interponer una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos ([www.agpd.es](http://www.agpd.es)). Para más información consulte la Política de Privacidad disponible en el siguiente enlace: <https://www.riberasalud.com/politica-de-privacidad/> .