

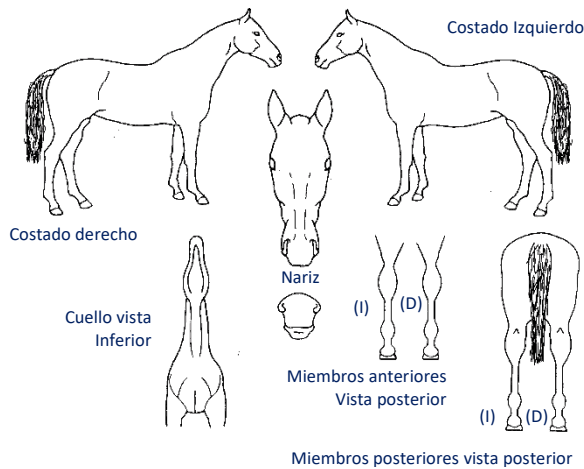
Historia clínica. (Considerar signos, diagnósticos previos, tratamientos aplicados, tiempo y respuesta al mismo).

Nombre _____
Especie _____
Raza _____ Género _____
Edad _____ Castrado _____
Médico Veterinario _____
Hospital / Clínica _____
Tel/Cel _____ Mail _____

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre _____
Tel / Cel _____
Email _____

Material remitido y # total de especímenes:	
Fecha de extracción:	Fecha: _____ Incisional <input type="checkbox"/> Excisional <input type="checkbox"/> Necropsia <input type="checkbox"/>
Región anatómica (figura):	
Fijador utilizado:	
Características macroscópicas de la lesión:	
Tiempo de evolución:	
Medidas aproximadas:	
Evidencia de:	
- Cápsula	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
- Infiltración	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
- Clínica de metástasis	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
- Evaluar bordes quirúrgicos	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Otras (hemorragia, necrosis, inflamación):
	Estudio citológico previo:



Diagnóstico (s) / Presuntivo (s):

Observaciones:

Nombre y firma de autorización del solicitante

Lugar y fecha