

## SOLICITUD DE CITOLOGÍA / BIOPSIA

Fecha ..... Centro solicitante .....

Nombre del / de la paciente .....

Edad ..... Fecha nacimiento .....

Doctor/a solicitante .....

Entidad Aseguradora (Mutua) .....

Nº Historia Clínica .....

Datos clínicos .....

Localización de la muestra .....

Tipo de prueba y/o muestra .....

Datos ginecológicos .....

FUR .....

Método anticonceptivo .....

En virtud de lo establecido en la Ley 15/1999, y la LSSI/CE 34/2002, le informamos que sus datos forman parte de un fichero titularidad de ELDINE PATOLOGIA SLP. Los datos que nos facilite como paciente serán tratados con la finalidad de llevar a cabo el servicio solicitado. Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en: CARRER DEL PLOM, 32 PORTA 19, 43006 TARRAGONA



C. del Plom, 32 Puerta 19  
Polígono Riuclar  
43006 Tarragona  
Tlf. 977 139 610

Plaza 1 d'Octubre 6-8 2º piso  
Clínica Terres de l'Ebre  
43500 Tortosa  
Tlf. 977 588 202

info@eldinepatologia.com · www.eldinepatologia.com