



Dr. Nelson Lobos Jaimes-Freire  
Patología y Medicinal Bucal

LUIS THAYER OJEDA NORTE 0130, Of. 810 - Metro Tobalaba,  
Providencia, Santiago · Chile.  
FONO: (56 - 2) 2234 3300 - (56 - 2) 2266 4410 CEL.: 9 9549 8723  
EMAIL: clinica.medicina.oral@gmail.com

## IDENTIFICACION DEL PACIENTE

_____	_____	_____
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
RUT: _____	Fecha Nac. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Edad _____ Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Actividad: _____	Dirección: _____	
Fono Casa: _____	Fono Oficina: _____	

## RESUMEN DE ANTECEDENTES CLÍNICOS Historia de la lesión, Sintomatología Asociada, Antecedentes Sistémicos, etc

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## DIAGNÓSTICO CLÍNICO

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

Datos del Remitente  
Solicitado por el Dr.(a): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Fono: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_ Fecha:

## EXAMEN QUE SOLICITA

Examen Clínico  Tratamiento

Practicar Biopsia

Practicar Citología Exfoliativa