

N°AP
N° AP ant

DATOS OBLIGATORIOS PARA EL REGISTRO EN HIFO

Clínica	Dr/a		Fecha	
Paciente	Edad	Fecha nacim.		Sexo
Dirección	Telef.	Ocupación		
C.I.	ASSE	IMAC		
Lugar de nacimiento	Barrio	Marcapasos SI () NO ()		
Nivel de instrucción Primaria () Secundaria () Terciaria () Nada () Años cursados ()				
Email para envío de informe:				

Diagnóstico Clínico				
Historia Médica				
Obs. clínicas				
Fuma: NO () SI ()	Tipo	Cig/día	Tiempo años	Dejo años
Alcohol: NO () SI ()	Tipo	Cant./sem(ml)	Tiempo años	Dejo años

Prótesis Dental : NO () SI ()	Tipo	Sup.
Tiempo de uso (años)	Condiciones	Inf.

DESCRIPCIÓN DE LA LESIÓN (completar con esquema)

Localización:	Intraósea () Extraósea () Combinada ()	
Color:	Tamaño (cm):	Sintomatología: SI () No ()
Lesión Fundamental : No elevada () Elevada () Ulcerada () Vesícula ()		
Nódulo sesil () Nódulo pediculado () Otra especifique		
Tipo de tejido: Blando ()	Óseo ()	Dentario ()
Consistencia: Blanda () Firme () Dura () Fluctuante () Tiempo de Evolución		
Ex. Radiográfico: SI () NO ()	Adenop. SI () NO ()	
Radiolúcido () Radiopaco () Mixto ()		
Biopsia: Incisional () Excisional () Obs.		Fijador: Formol 10% () Alcohol 70° ()

ESQUEMA DE LA LESIÓN

Marque las zonas de la mucosa y o maxilares donde se encuentra la lesión

