



ICAPI

Instituto Canario de Anatomía Patológica Integral S.L.P.

SOLICITUD DE ESTUDIO CITOLÓGICO NO GINECOLÓGICO

Nº REGISTRO CITOLOGÍA/PAAF:

(Espacio reservado para el laboratorio)

Nombre y Apellidos		
Edad		
Centro Asistencial		Nº HC:
Médico Solicitante		Nº HC:
Aseguradora		

FECHA DE LA TOMA: _____

TIPO DE MUESTRA: (señalar lo que proceda)

- PAAF de _____
- ORINA
- LÍQUIDO PLEURAL
- LÍQUIDO PERITONEAL
- OTROS:

DATOS CLÍNICOS / DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Firmado:

**Lugar de Entrega: Hospital San José. C/ Padre Cueto nº 26. 35008.
Las Palmas de Gran Canaria. (Junto al Paseo de las Canteras). 928263720.**

Le informamos que los datos personales que Vd. nos ha facilitado, incluidos los de salud, serán tratados en nuestros ficheros con la finalidad de llevar a cabo una correcta gestión interna consulta médica-paciente de los estudios analíticos patológicos. El titular de los datos se compromete a comunicar por escrito a ICAPI cualquier modificación que se produzca en los datos aportados. En el caso de aportarse datos de personas físicas distintas al paciente, éste deberá informar previamente de los extremos señalados en los párrafos anteriores, eximiéndose ICAPI de cualquier tipo de responsabilidad por dicho incumplimiento. En cualquier momento podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose por escrito ante el Responsable del fichero INSTITUTO CANARIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA INTEGRAL (ICAPI), C/ Pi y Margall, nº 56, 4º, 35006, Las Palmas de G.C.