

SOLICITUD CITOLOGÍAS / BIOPSIAS / HPV

Datos de filiación del paciente	Remitente
Nombre:	Centro:
Primer apellido:	
Segundo apellido:	Facultativo:
Edad:	

☐ **CO-TEST** (Citología en medio líquido y detección HPV) (solo medio ThinPrep)

☐ **CITOLOGÍA** (en las laminillas deben ponerse en mayúsculas las iniciales del paciente)

Indicación de la citología :

Edad: Fumadora: ☐ Sí ☐ NO

Fecha de la última regla: / /

Número de hijos:

Número de abortos:

¿Está embarazada? ☐ Sí ☐ No

¿Usa anticonceptivos? (método y tiempo):

Observaciones:

☐ **BIOPSIA** (en los recipientes enviados deben figurar el nombre y apellidos del paciente)

Zona de la biopsia:

Indicación de la biopsia:

Pieza remitida:

Hallazgos operatorios:

Sugerecias diagnósticas:

☐ **CULTIVO VAGINAL** (en los recipientes enviados deben figurar el nombre y apellidos del paciente)

☐ **PAPILOMAVIRUS HUMANO (HPV)** (señale con una cruz el motivo de estudio)

☐ Revisión:

☐ Citología alterada (indique):

☐ Control post-tratamiento de HPV:

☐ Pareja con HPV:

☐ Pre-Vacunación:

☐ Otros (indique):

Contacto

Dirección: Calle Nicolás de Bussi, 18,
Polígono de Torrellano. 03203 Elche, Alicante
Teléfono de Atención al Cliente: 965 94 31 33
Fax: +34 965 943 264
Email: admin@riberalabs.com

Sus datos serán tratados por Centro Inmunológico de la Comunidad Valenciana, S.L.U. sito en la Calle Juan De Villanueva, 63, Parcela 01a. 03203, Elche, Alicante. España. con el fin de llevar a cabo la prestación de los servicios de laboratorio clínico, asesoramiento técnico y científico de pruebas de laboratorio y la interpretación clínica de informes. La base jurídica del tratamiento de los datos es la relación contractual o precontractual establecida. En caso de ser clientes de aseguradoras privadas, sus datos serán comunicados por parte de la entidad del grupo que le preste servicios sanitarios a la aseguradora privada a efectos de pago de los servicios. Los datos personales se conservarán durante el tiempo estrictamente necesario para la finalidad para la que fueron recabados. Puede ejercitar gratuitamente los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad y, en su caso, oposición, dirigiendo una comunicación por escrito, debidamente firmada al delegado de protección de datos: dpo@riberasalud.es. Asimismo, en caso de considerar vulnerado su derecho a la protección de datos personales, podrá interponer una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos (www.agpd.es). Para más información consulte la Política de Privacidad disponible en el siguiente enlace: <https://www.riberasalud.com/politica-de-privacidad/> .