

DERMATEN
CLÍNICAS

**FORMULARIO REMISIÓN PACIENTES PARA
MAPEO CORPORAL TOTAL FOTOFINDER**

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

SEXO: HOMBRE MUJER EDAD ALTURA

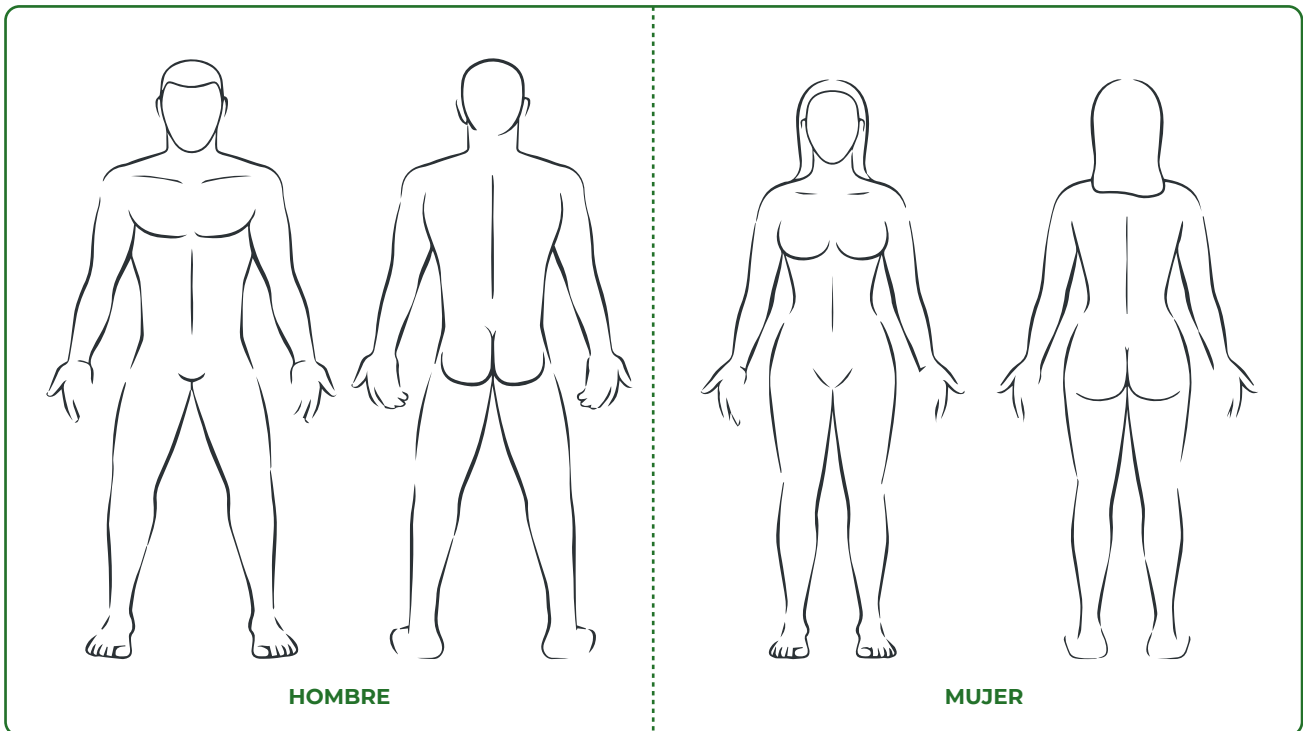
ANTECEDENTES FAMILIARES DE MELANOMA: SI NO

MÉDICO REMITENTE

TELÉFONO EMAIL

MEDIO PREFERIDO PARA CONTACTAR: TELÉFONO EMAIL

Señalar en la plantilla las lesiones para las que desea estudio micro/dermatoscópico.



OTROS COMENTARIOS

.....