

Dr. que remite: _____ Correo-e: _____

Nombre del Paciente: _____ Edad: _____ Sexo: [Fem] [Masc]

Datos clínicos de la lesión: tipo de lesión / tamaño / bordes / color / superficie / consistencia / base / forma / etc.

Sintomatología asociada / vinculación sistémica / datos radiográficos / información adicional:

LOCALIZACIÓN

Derecho:

Izquierdo:

Mucosa oral

Lengua

Mucosa yugal:

:Fondo de saco superior

Punta:

Mucosa labial:

:Fondo de saco inferior

Dorso:

Istmo de las fauces:

:Encía superior posterior

Ventre:

Paladar blando:

:Encía superior anterior

Borde lateral:

Úvula:

:Encía inferior posterior

Tercio posterior:

Paladar duro:

:Encía inferior anterior

Planos profundos:

Piso de boca:

:Piso de boca

Intraósea

Mandíbula

Cuerpo:

Rama:

Sinfisis:

Ángulo:

Maxilar

Maxilar posterior:

Maxilar anterior:

Seno maxilar:

Otra localización o

detalles adicionales:

Diagnóstico
presuntivo: _____