



E P I T E L I O S
— PATOLOGÍA Y CITOLOGÍA —

Teléfonos: 614 432 6600 EXT 2515
Envíos: Periférico de la Juventud 6103 interior 515 Colonia Saucito
C.P. 31110 Chihuahua, Chihuahua.
Horario: Lun-Vie 10:00 - 17:00 hrs. y Sáb: 8:00 - 14:00 hrs

Dr. Jose Ramón Homs Toache
Médico Anatomopatólogo
COMMP A.C. 1530 | C.E. 9537626

SOLICITUD DE ESTUDIO CITOLOGICO CÉRVICO-VAGINAL

Nombre del paciente: _____ Edad: _____ Sexo: _____

FUM _____ Cestas _____ Para _____ Cesáreas _____ Abortos _____ Fuc _____ Menarca _____ Ivsa _____

Ritmo: _____ Método Anticonceptivo: _____ Antecedentes VPH: _____ Histerectomía: _____

¿Ha estado aplicandose antisépticos o antiinflamatorios? SÍ NO Fecha: _____

Duchas Vaginales SÍ NO Fecha: _____

¿Ha recibido o recibe terapia hormonal? SÍ NO Tipo y duración de la terapia: _____

Impresión Diagnostica: _____

Interesa especialmente: Doc () Valoración hormonal () _____

Solicita Dr. (a) _____ Tel: _____

Dirección: _____ Fecha: _____

Correo electrónico para envío de resultado: _____ Firma: _____

| Sitios de la muestra: | Cérvix: |
|-----------------------|---------|
| Saco Vaginal () | |
| Endocérvix () | |
| Pared Vaginal () | |

Indicaciones:

-3 días de abstinencia
-No utilizar cremas u óvulos vaginales

-No realizar ducha vaginal

Para mayor información comuníquese
vía telefónica