

SOLICITUD DE ESTUDIO CITOLOGICO CÉRVICO-VAGINAL

Nombre del paciente: _____ Edad: _____ Sexo: _____

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

Ritmo: _____ Método Anticonceptivo: _____ Antecedente 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: _____

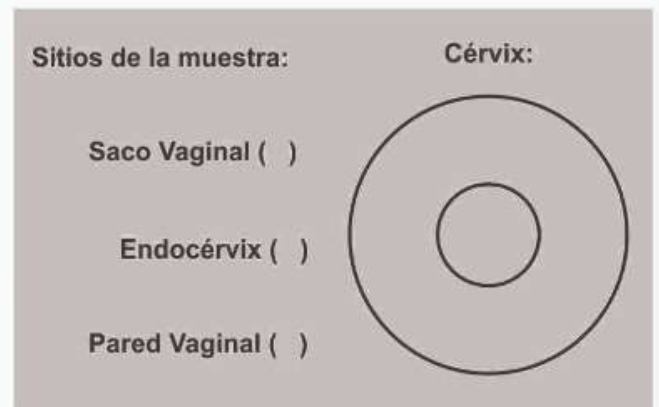
Impresión Diagnostica: _____

Interesa especialmente: Doc () Valoración citohormonal () _____

Solicita Dr. (a) _____ Tel: _____

Dirección: _____ Fecha: _____

Correo electrónico para envío de resultado: _____ Firma: _____



Indicaciones:

- 3 días de abstinencia
 - No utilizar cremas u ovulos vaginales
 - No realizar ducha vaginal
- Para mayor información comuníquese
vía telefónica**