

Nombre completo del paciente:	Fecha de nacimiento:	Edad:
Médico responsable del paciente:	Fecha de solicitud:	Etiqueta:

Fecha de última regla:	Fecha de citología previa: <input type="checkbox"/> 1 año <input type="checkbox"/> Más de 1 año <input type="checkbox"/> Se ignora
Embarazo en los últimos 6 meses: <input type="checkbox"/> SI. <input type="checkbox"/> NO.	Antecedentes de tratamiento: <input type="checkbox"/> Quimioterapia <input type="checkbox"/> Radioterapia <input type="checkbox"/> Ninguno

Presencia de cérvix:

Si. No se visualiza de forma adecuada Previa remoción quirúrgica.

Nombre y firma del médico tratante

Correo y teléfono del médico para envío de resultados: _____