

CITOLOGÍA CÉRVICO-VAGINAL EXFOLIATIVA (PAPANICOLAOU)

Citología Cérvico-Vaginal Exfoliativa (Papanicolaou)

Fecha de la toma: _____

Nombre: _____ Edad: _____

Fecha de última menstruación: _____ Número de Embarazos: _____

Número de partos: _____ Número de abortos: _____ Número de Cesáreas: _____

¿Usa dispositivo intrauterino? _____

Número de Operaciones Ginecológicas practicadas: _____

En su caso, anote el tratamiento hormonal: _____

Nombre del responsable del envío: _____

Laboratorio: _____ Clave: _____