

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: \_\_\_\_\_