

Cuestionario de antecedentes personales ginecológicos de la paciente

Fecha de hoy: _____ Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Apellido(s) Nombre Segundo nombre o apellido de soltera

SOLO MUJERES:

¿A qué edad tuvo su último periodo (menopausia)?: _____

¿A qué edad tuvo su primer periodo?: _____

Fecha del último Papanicolaou: _____

¿Alguna vez ha tenido una prueba de Papanicolaou con resultados anómalos? Sí No

En caso afirmativo, indique la fecha y los tratamientos: _____

Número de embarazos: _____

Partos vivos: _____

¿Ha tomado hormonas, terapia de reemplazo de estrógenos o pastillas anticonceptivas?

Sí No

En caso afirmativo, ¿de qué tipo eran y por cuánto tiempo las tomó?

Nombre: _____ Duración: _____

Antecedentes relacionados con los senos:

Fecha de la última mamografía: _____

¿Sabe cómo autoexplorarse los senos? Sí No

¿Con qué frecuencia se autoexplora los senos?

Cada mes Cada ciertos meses Pocas veces al año Otra: _____

**Espacio para comentarios
clínicos**