

## Cuestionario de Evaluación Fémica

Nombre Completo \_\_\_\_\_ Estado Civil:  Soltero()  Casado(a)

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Apt. # \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

¿Forma preferida de contacto?:  Fijo  Trabajo  Celular

Teléfono fijo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

En caso de no poderlo(a) contactar directamente a usted:

Pareja  Familiar/Amigo

Persona de contacto: \_\_\_\_\_ Relación:  Otro \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  Fijo  Trabajo  Celular

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

### INSTRUCCIONES: Por favor responda cada pregunta y escriba de manera CLARA

**\*\*SOLO las mujeres necesitan responder las preguntas de esta sección**

Favor colocar las Fecha de Menarquia (Primera Menstruación) \_\_\_\_\_ Ultima Menstruación \_\_\_\_\_

Número de Embarazos \_\_\_\_\_ Cesáreas \_\_\_\_\_ Parto \_\_\_\_\_ Aborto \_\_\_\_\_

1. ¿Alguna vez le han realizado alguno de los siguientes exámenes médicos?:

Papanicolaou  Sí  No  No sé Fecha del más reciente \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Resultados:  Normal  Normal  No sé

Mamografía (breast x-ray)  Sí  No  No sé Fecha del más reciente \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Resultados:  Normal  Normal  No sé

2. ¿Le han realizado una Histerectomía? (extirpación de la matriz)

No  Si

2a. ¿La Histerectomía se realizó con el fin de tratar cáncer cervicouterino?

No  Si

3. ¿Sumadre, hermana o hija, han padecido de cáncer de mama?

No  Si

No  Si

4. ¿Alguna vez ha tenido usted cáncer de mama?

No  Si

Cuando: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

5. ¿Alguna vez ha tenido usted cáncer cervicouterino?

No  Si

Cuando: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



